

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

KATEDRA OBECNÉ ANTROPOLOGIE



Bc. Barbora Bláhová

LÉK NEBO HROZBA?

Antropologické perspektivy samoléčby
konopím v České republice

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Miroslav Horák, Ph.D.**

Praha 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 29. června 2017

.....

1.

Poděkování

Ráda bych poděkovala za důvěru všem respondentům, kteří souhlasili s účastí na tomto výzkumu, za laskavé vedení práce Mgr. et Mgr. Miroslavu Horákovi, Ph.D., za cenné informace spolku Legalizace.cz, a především své rodině za podporu.

Seznam zkratk:

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
ES	Endokanabinoidní systém
CBC	Cannabichromeny
CBD	Kanabidioly
CBDA	Kyselina kanabidiolová
CBG	Canabigeroly
CBN	Canabinoly
CNS	Centrální nervový systém
FS	Fénixovy slzy
IBD	Zánětlivá onemocnění střev <i>Infalmatory Bowel Disease</i>
NIDA	Národní institut drogové závislosti <i>National Institute on Drug Abuse</i>
NSAID	Nesteroidní protizánětlivé léky <i>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs</i>
RS	Roztroušená skleróza
THC	Delta-9-THC
THCA	Kyselina delta-9-tetrahydrokanbinolová
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
WMA	Světová lékařská asociace <i>The World Medical Association</i>

Obsah

1.	Úvod.....	9
2.	Samol léčba jako současný fenomén.....	10
2.1.	Samol léčba a autonomie jednání.....	10
2.2.	Historické souvislosti.....	11
2.3.	Pacient nebo nemocný?	13
3.	Jak chápeme konopí?	15
3.1.	Etymologie.....	15
3.2.	Konopí jako rostlina.....	15
3.3.	Lék nebo droga?	16
4.	Konopí jako lék	18
4.1.	Indie: Vidžája	18
4.2.	Tibet: Myan rtsi spras.....	19
4.3.	Konopí v antické tradici: Kannabion	19
4.4.	Konopí ve středověku a novověku	20
4.5.	19. století – rozšíření konopné léčby po Evropě	20
5.	Konopí jako droga.....	23
5.1.	Změna pohledu na konopí	23
5.2.	Marihuana.....	23
5.3.	Uvolňování legislativy	25
5.4.	Konopí a závislost	26
5.5.	Zdravotní rizika užívání konopí	27
6.	Konopí v současné medicíně.....	29
6.1.	Kanabinoidy	29
6.1.1.	THC	30
6.1.2.	CBD	30
6.1.3.	CBG	31
6.1.4.	Syntetické kanabinoidy.....	31
6.1.5.	Terpeny	32
6.1.6.	Kouzlo synergie	32
6.2.	Endokanabinoidní systém	32
6.3.	Klinická léčba	34
6.3.1.	Nauzea a nechutenství, zvracení.....	34
6.3.2.	Roztroušená skleróza	35
6.3.3.	Zánětlivá střevní onemocnění	36
6.3.4.	Parkinsonova nemoc	37
6.3.5.	Astma	37
6.3.6.	Alzheimerova choroba.....	38
6.3.7.	Diabetes	39
6.3.8.	Deprese a úzkost	40
6.3.9.	Posttraumatická stresová porucha (PTSP).....	40
6.3.10.	Porucha pozornosti s hyperaktivitou	41
6.3.11.	Dermatologické obtíže.....	41
6.3.12.	Chronická bolest	41

7. Metodologie.....	43
7.1. Sběr dat	43
7.2. Výzkumný vzorek	44
7.3. Analýza dat	44
8. Interpretace dat.....	46
8.1. Utváření motivací k samoléčbě.....	47
8.1.1. Zdroje informací o léčbě.....	47
8.1.2. Konvenční léčba	49
8.2. Získávání rostliny	49
8.2.1. Nedostupnost konopné léčby	49
8.2.2. Samopěstování konopí.....	51
8.3. Užívání konopí	53
8.3.1. Strategie samoléčby	53
8.3.2. Způsoby administrace konopí.....	55
8.3.3. Dávkování konopí.....	57
8.4. Účinky konopí.....	58
8.4.1. Úleva od příznaků onemocnění	59
8.4.2. Změněný stav vědomí.....	61
8.4.3. Zvládání onemocnění.....	64
8.5. Samoléčba a vztahy	65
8.6. Ilegalita.....	66
9. Závěr.....	68
10. Limity výzkumu a diskuze.....	70
11. Bibliografie.....	72
12. Přílohy	81
12.1. Průvodní text dotazníku	81
12.2. Otázky dotazníku	81
12.3. Charakteristika výzkumného vzorku	83
13. Seznam tabulek a obrazových příloh	I

Abstrakt

Tato práce se zabývá samoléčbou konopím (*Cannabis sativa* L.) v České republice se zaměřením na subjektivní rovinu jejího prožívání pacienty a širší společenský rámec této terapie. Nahlíží aktuální situaci, kdy stát selhává v efektivní regulaci konopí jako léku a nemocní často přistupují k ilegální samoléčbě. Teoretická část práce prozkoumává fenomén samoléčby a využití konopí v sociokulturním kontextu. Praktická část vychází z antropologického výzkumu, který byl realizován v České republice od 1. 1. 2017 do 1. 5. 2017 formou kvalitativního dotazníku. Výzkumný vzorek tvoří 107 nemocných, kteří užívali konopí a jeho deriváty s cílem samoléčby. Získané výpovědi byly analyzovány metodou zakotvené teorie. Výsledky výzkumu ukázaly, že nemocní vyhledávající v České republice konopnou samoléčbu považují současnou legální regulaci konopí za nevyhovující. Rostlinu si pro vlastní potřebu nejčastěji opatřují pěstováním a informace o léčbě získávají primárně na internetu. Práce se podrobněji zabývá specifiky konopné samoléčby a jejími dopady na život nemocných. Sesbíraná data nabízí bližší vhled do problematiky a informace užitečné například pro instituce, které se věnují práci s pacienty užívajícími konopí k léčbě.

Klíčová slova: samoléčba, medicínská antropologie, léčebné konopí, cannabis, marihuana

Abstract

This diploma thesis focuses specifically on the phenomenon of self-medication with cannabis (*Cannabis Sativa* L.) in the Czech Republic exploring subjective perception of this treatment by ill persons and its sociocultural framework. It describes a situation when the state fails to effectively regulate medical cannabis and patients often seek practices of self-medication, which remains illegal. Theoretical part of this thesis aims to explain the self-medication and cannabis use in the sociocultural context. Practical part is based on an anthropological research, which was implemented in the Czech Republic from January 1, 2017 to May 1, 2017 in a form of the on-line qualitative questionnaire survey. The research sample consists of 107 subjects, who used cannabis and its derivatives for self-medication. The analysis was done by the Grounded theory method. The results demonstrate that people who seek cannabis self-medication in the Czech Republic consider current legal regulation of cannabis objectionable. Cannabis plants for self-medication are usually grown at home and people find information about specifics of the treatment on-line. Looking at experience of patients, this thesis describes specifics of the practices of cannabis self-medication and it could be useful for organizations working with medical cannabis patients.

Keywords: Self-medication, Medical Anthropology, Cannabis, Marijuana

1. Úvod

Konopí je kulturní rostlina, která provází lidstvo už tisíce let. V minulosti bylo běžně využíváno k léčbě, při náboženských obřadech i v průmyslu. Od počátku 20. století ale jeho sláva postupně pohasínala a do povědomí veřejnosti se začalo dostávat jako riziková droga – marihuana. V posledních letech se pohled na konopí začíná opět proměňovat a z médií, odborných studií i zkušeností nemocných se dozvídáme o jeho významných léčebných účincích, dokonce v případech tak závažných onemocnění, jako je rakovina, epilepsie či roztroušená skleróza (Pokrywka et al., 2016; Yasukawa, 2014; Corey-Bloom et al., 2012; Devinsky et al. 2014). Mnoho zemí v současnosti upravuje legislativu týkající se této rostliny a pomalu přistupují k uvolnění její legální regulace. Zdá se, že se konopí začíná pomalu vracet na výsluní, ačkoliv jsou rizika a benefity jeho užívání stále předmětem četných diskuzí.

V České republice se konopí nachází v pozoruhodné situaci. Z jedné strany je stále vnímáno jako nebezpečná droga, z druhé strany jsou stále častěji tematizovány jeho léčebné účinky. V roce 2013 bylo státem povoleno využití konopí v oficiální léčebné praxi, ale terapie je finančně nákladná a často nedostupná. Ukazuje se, že nemocní v České republice berou konopnou léčbu často do vlastních rukou a přistupují k ilegálním praktikám samoléčby.

Vzniklá situace se stala předmětem zájmu následující práce. Zaměřuji se v ní na samoléčbu konopím v sociokulturním kontextu a pokouším se přiblížit fenomén samoléčby jako specifickou strategii péče o vlastní zdraví, jejíž význam v současnosti narůstá v souvislosti s rostoucím důrazem na autonomii jednotlivce (Fainzang, 2017). Následně pak hledám příčiny toho, jakým způsobem je konopí zvyznamňováno. Soustředím se na formování pohledu na tuto rostlinu ve světle historických souvislostí i poznatků posledních vědeckých výzkumů.

V praktické části práce pak prezentuji výsledky antropologického výzkumu, který jsem realizovala v období 1. ledna – 1. května 2017. Prostřednictvím dotazníku zaměřeného na sběr kvalitativních dat jsem se na samoléčbu konopím ptala nemocných, kteří tuto terapii v České republice podstupují. Získaná data jsem následně analyzovala metodou zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové (1999) a na základě výsledků se pokusila rekonstruovat specifika této praxe.

2. Samoléčba jako současný fenomén

Téma samoléčby v západní společnosti se v současnosti dostává do centra zájmu lékařů, státních institucí i společenských věd. Na jedné straně centrální debaty obvykle stojí lékaři, upozorňující na rizika spojená s nesprávně zvolenou formou léčby a jejími možnými dopady (Hernandez-Juyol & Quesada, 2002), na straně druhé pak státní instituce, které převzetí iniciativy pacienty naopak vítají jako úlevu finančním nákladům na péči o veřejné zdraví (Fainzang, 2017). Antropologická rovina úvah v této oblasti klade důraz na perspektivu a strategie aktérů a vyzdvihuje skutečnost, že představa o samoléčbě je vždy závislá na konkrétním kulturním prostředí a její volba a podoby jsou podmíněny sociálně (Fainzang, 2005).

Za samoléčbu je ve veřejném diskurzu nejčastěji označováno užívání a získávání léků bez oficiální lékařské diagnózy, předpisu či dohledu (Montastruc et al., 1997). Tato základní definice si ale zaslouží podrobnější prozkoumání. Například Lemcote (1999) rozlišuje dvě úrovně pohledu na samoléčbu. V širším smyslu za ni považuje veškeré jednání, které vzniká v reakci na zdravotní problém a zahrnuje vlastní diagnózu stavu a léčbu bez konzultace s lékařem. V užším slova smyslu pak jde pouze o užití léku, který není pacientovi vydán na lékařský předpis. Jiní autoři považují zmíněná pojetí za redukcionistická pro malý důraz na aktérství pacientů. Molina (1988) argumentuje tím, že pacient často přichází k lékaři a vyžádá si konkrétní lék na základě svého rozhodnutí. Výjimkou nejsou ani situace, kdy se pacient rozhodne neuposlechnout radu lékaře ohledně správného dávkování předepsaného léku, a proto by dle dalších autorů mělo být jako samoléčba mělo být vnímáno veškeré jednání, kdy není lék lékařem podáván přímo (Van Der Geest et al., 1996). Pro potřeby této práce se přikláním k otevřenějšímu přístupu Buclina a Ammona (2001) a definuji samoléčbu jako strategii jednání, kdy nemocný z vlastní iniciativy získává a užívá lék za účelem úlevy od svých akutních či chronických zdravotní obtíží, bez předchozí konzultace s lékařem.

2.1. Samoléčba a autonomie jednání

V debatě o stále většimu příklonu k samoléčbě, kterou lze sledovat v poslední době, se jako klíčové téma jeví míra autonomie jednotlivce. Ten v případě volby konkrétní podoby péče o sebe sama sice jedná v intencích určitých pravidel, jak napovídá již etymologie řeckého slova *autonomos* (*auto* – jedinec, *nomos* – zákon), ale se svébytným právem samostatně se rozhodnout, jaké konkrétní normy bude sledovat (Schneider, 1998).

V dnešním světě se dle některých autorů z autonomie stala hodnota, která zažívá exponenciální růst a je na ní kladen stále větší důraz, který se nutně odráží i ve vztahu lékař-pacient. Zdá se tedy, že pojetí pacienta dle Parsonse (1951) jako podřízeného subjektu, který je zcela závislý na rozhodnutí lékaře, již ztratilo relevanci a je třeba začít uvažovat v nových souvislostech.

Jak se pokusím na následujících stránkách ukázat, nemocní jsou v případech, kdy oficiální léčba nedokáže nabídnout vyhovující řešení jejich obtíží, ochotni na základě vlastního úsudku překročit nejen doporučení lékaře, ale i meze platných zákonů. V reálném světě je nicméně zřejmé, že autonomie nemůže být absolutní. Lidé nežijí ve vakuu a jejich rozhodování o podobě samoléčby je vždy nezbytně ovlivňováno okolními vlivy, jako je názor rodiny, přátel, lékaře, dostupné informace z odborné literatury nebo médií. Zde vycházím zejména z Massého poznatků o svobodné vůli jednotlivce, kdy říká, že neexistuje čistě „teoretický občan“, který je zcela zbaven okolních vlivů. Každý člověk je ovlivněn, dokonce do jisté míry svázán, tlaky ze strany rodiny, hodnotami a společenskými normami. Autonomie je pak vždy vedena a omezena zdroji věrohodné a legitimní autority, respektive takovými zdroji, které jedinec jako takové sám hodnotí (Massé, 2003).

Je tedy zřejmé, že problematiku definice samoléčby nelze zjednodušit pouze na vymezení se vůči oficiální léčbě stanovené lékařem, ale je třeba zohlednit i okolní vlivy, které mohou mít na motivaci k jejímu přijetí vliv. V uvedeném smyslu k tématu přistupuji i v této práci a jedním z bodů předkládaného výzkumu je identifikovat možné zdroje, které u pacientů rozhodnutí pro samoléčbu formují. Nejprve je ale třeba porozumět, jaké se v České republice formovalo společenské prostředí, ve kterém se otevřenější postoj k samoléčbě utvářel.

2.2. Historické souvislosti

Samoléčba není pouze fenoménem současnosti, ale sahá hluboko do minulosti. Až do nástupu moderní medicíny byla samoléčba v západním světě běžně přijímanou praxí. Ještě v 19. století nebyli lékaři v oblasti zdraví vnímáni jako výhradní autorita. Pacienti se často souběžně léčili doma vyrobenými i patentovanými léčivy a řídili se obvykle také doporučením rodiny, přátel, duchovních a léčitelů (Thompson, 2015). S narůstající dostupností lékařské péče, etablováním veřejného zdravotnického systému počátkem 20. století a vývojem nových léků a technologií se otázka veřejného zdraví dostává stále více do rukou státu a lékařů.

V prostředí České republiky byla situace poznamenána politickým režimem a v 50. letech přijetím Semaškova modelu zdravotnictví, kdy se zdravotní péče ocitla plně v rukou státu (Zavázalová, 1992). Svobodná volba pacienta tak byla zatlačena do pozadí a z doporučení lékaře se stal imperativ. Od 80. let 20. století se pomalu mění přístup států ve většině zemí západního světa, kdy můžeme sledovat nový důraz na větší rozhodovací moc pacienta a tematizaci samoléčby jako otázky veřejného zdraví. V České republice podobný obrat nastává po pádu železné opony.

V následujících letech lze identifikovat minimálně tři faktory, které vývoj přístupu k samoléčbě ovlivnily: (1) vyvázání řady léků z lékařského předpisu, které vedlo k převedení části nákladů za léky na nemocné. V roce 1983 se na předpis přestal vázat například Ibuprofen v USA, v roce 1984 stejnou úpravu přijala Británie a následně se rozšířila po celé Evropě.¹ Trend se týkal také antihistaminik a dalších léků. Této příležitosti se čile ujaly farmaceutické společnosti, pro které se otevřel nový segment trhu a vznikající reklamní kampaně na léky ideu samoléčby hojně podpořily (Blenkinsopp, Bradley 1996).

V České republice dostupnost léčiv bez předpisu narůstá v 90. letech. Na tento vývoj ukazuje mimo jiné zákon o léčivech z roku 1998, který povoluje prodej některých volně dostupných léků i mimo lékárny, a jeho další rozšíření z roku 2006, které vedlo k dostupnosti léků v drogeriích, na benzinových pumpách a konečně i možnost jejich prodeje přes internet.² (2) Průvodním jevem tohoto vývoje bylo nejen zvýšení nákladů občanů na léky, ale také rostoucí míra očekávané angažovanosti nemocných v řešení vlastního zdraví a samostatnosti při rozhodování ohledně vhodné medikace. Důraz na větší zodpovědnost občanů za vlastní zdraví je patrný i z Deklarace práv pacientů ve Spojených státech:

„Každý člověk má právo na vzdělání ohledně zdraví, které mu pomůže informovaně se rozhodnout o svém vlastním zdravotním stavu a dostupných službách. (...) Zdůrazněna by měla být zejména osobní zodpovědnost každého za vlastní zdraví. Lékaři mají povinnost aktivně se na tomto vzdělávání podílet.“ (WMA, 1981).

(3) Za třetí klíčový trend ovlivňující samoléčbu považují rozmach komunikačních technologií a snadnou dostupnost informací, které byly dříve téměř výhradně v rukou odborníků. Možnost sdílet zkušenosti o léčbě v internetových diskuzních fórech s ostatními

¹ World Self-Medication Industry. (Zdroj: http://www.wsmi.org/wp-content/data/pdf/storyofselfcare_bdpage.pdf, Navštíveno: 19. 6. 2017)

² Zákon č. 378/2007 Sb. o léčivech. (Zdroj: http://bit.ly/zakon_o_lecivech)

nemocnými a ověřovat si údaje o diagnóze z různých zdrojů poskytuje pacientům nebyvale snadnou cestu k velkému množství informací o léčbě. To s sebou samozřejmě přináší i řadu rizik, spojených s možností nedostatečné kvality dostupných údajů či mediální manipulace s informacemi ze strany komerčních společností, jak upozornila rozsáhlá německá studie z nedávné doby (Schweim & Ullmann, 2015).

2.3. Pacient nebo nemocný?

Nový pohled na postavení nemocných v kontextu samoléčby nutně vede také k přehodnocení běžně užívaných termínů, se kterými se obvykle setkáváme a které jsou často významově zatíženy. Někteří autoři ustupují zejména od termínu *pacient* (angl. *patient*), který dle některých autorů odkazuje na pojetí pacienta jako pasivního jedince zcela podřízeného doporučenému terapeutickému programu. Jak píše například Pierron:

„Jedinec je nemocným (angl. ill person) v případě, že vykazuje příznaky, jejich závažnost ovlivňuje jeho život, zatímco pacientem (angl. patient) je člověk, který souhlasí s tím, že se při léčbě vzdá vlastní iniciativy a předá ji lékaři, který symptomům přiřadí určitý význam a navrhne řešení v podobě léčby.“
(dle Fainzang, 2017, 8)

Pokud tedy prisuzujeme vykonavateli samoléčby vyšší míru aktérství, výraz *pacient* se nezdá příliš vhodný. Další variantou je tedy Pierronem navrhovaný termín *nemocný*, který považují i další autoři za vhodný pro popis skutečného stavu (Mc Laughlin, 2009). Fainzangová ale například soudí, že tento termín z kontextu vyjímá i ty jedince, kteří užívají léky preventivně a v situaci akutní nemoci se zatím neocitli. Přiklání se proto k pojmu *subjekt* či *jedinec* (angl. *subject*), který v angličtině významově zohledňuje omezení autonomie rozhodování dané společenským a kulturním kontextem (2017).

Jiným možným termínem je také *uživatel*, který je nicméně v českém (a i anglicky mluvícím) prostředí v souvislosti s užíváním látek měnících vědomí značně zatížen. S ohledem na nastíněnou debatu jsem se v dalším textu rozhodla pro používání výrazů „nemocný“ neboť mi přijde v kontextu popisované problematiky nejpřesnější. V obecnějším textu týkajícím se samoléčby pak používám výraz *jedinec*, i přesto, že se v češtině vhodná významová konotace, se kterou pracuje Fainzangová, ztrácí.

V této kapitole jsem se pokusila ukázat, že samoléčba již není spjata pouze s absencí lékařské péče, ale díky rostoucí autonomii pacientů, větší informovanosti a dostupností léků nevázaných na lékařský předpis se stává centrálním tématem diskuzí o léčbě. Samoléčba je v současnosti jednou z nejrozšířenějších strategií v péči o vlastní zdraví a na jejím základě je léčeno až 75 % nemocí. Jak uvádí Habeeb a Gaerhart (1993), volbu samoléčby v současnosti ovlivňuje mnohem více spokojenost jedince s jeho ošetřujícím lékařem, cena léku a další socioekonomické faktory nežli nedostupnost lékařské péče jako takové. V následujících kapitolách se dále věnuji kontroverzní léčebné terapii, která v České republice v současnosti zajímavým způsobem kombinuje obě tyto situace a přidává k nim aspekt jednání mimo rámec platných zákonů – samoléčbě konopím.

3. Jak chápeme konopí?

Nezkušení zájemci o konopnou léčbu se v současnosti nachází v nelehké situaci: z jedné strany se dozvídají o zázračných léčebných účincích této rostliny, z druhé strany pak přichází varování před užíváním návykové drogy, která způsobuje závislost. Na následujících řádcích se pokusím rozklíčovat historický vývoj a formování obou těchto představ, ale nejprve se ale pojďme podívat na základní faktické údaje o konopí jako o rostlině, na kterých se shodují zástupci obou pohledů.

3.1. Etymologie

Pro konopí mají lidé jméno snad ve všech koutech světa. Pravděpodobně nejstarší označení konopí najdeme v perštině: *quanuba*, *kanabosom*, *kand*, *kanab*, *kanib*, *kanau* a tyto slovní základy patří mezi nejstarší na světě. Původ slova pak pochází ze sumersko-babylonského základu K(A)N(A)B(A) nebo Q(A)N(A)B(A). Hebrejsky se konopí říká *kanabos*, řecky *κάνναβις*, čínsky *ma* 麻 a japonsky *kamanin*. V románských jazycích je to italsky *canapa*, španělsky *cáñamo*, francouzsky *chanvre*, rumunsky *kanepa*. Z germánských jazyků je to německy *hanf*, holandsky *hennep*, anglicky *hemp* a v jidiš je nazýváno *henep*. Slovensky je to *konope*, na Balkáně *konplja* a v Rusku *конопля*. Esperanto mu říká *kanabo* (Ruman, 2014).

3.2. Konopí jako rostlina

Konopí je jednoletá rostlina z čeledi konopovitých (*Cannabaceae*). Je typická svou sytě zelenou barvou, členitými listy a zejména specifickým květenstvím, které uvolňuje lepkavou pryskyřici s výraznou vůní. Jde o rostlinu dvoudomou, vytváří tedy samčí a samičí květy na samostatných rostlinách. U samičích květů vznikají pestíky, u samčích pak váčky s pylem (Backes, 2016). Rozlišujeme tři základní typy konopí: (1) Konopí seté (*Cannabis sativa* L.) roste obvykle v mírném pásmu, dosahuje výšky až pět metrů, má řidší a užší listy, obvykle světlejších barev. Vysoký vzrůst a stonek z něj činí ideální rostlinu k hospodářským účelům. Obsahuje přirozeně nižší množství některých účinných látek, tzv. kanabinoidů. (2) Konopí indické (*Cannabis indica* Lam.) je košatá rostlina menšího vzrůstu s bohatým květenstvím a tmavými listy se širokou čepelí. Jeho domovinou jsou oblasti subtropického a tropického pásma, zejména Tibet, Afghánistán a Maroko. Květy obsahují přirozeně více pryskyřice a tím i účinných látek. (3) Konopí rumištní (*Cannabis ruderalis* Janisch) je planý druh

konopí s původem v ruských tundrách a tajgách. Zájem šlechtitelů vzbudil zejména proto, že není na rozdíl od zmíněných druhů závislý na světelné periodě, která se mění s ročním obdobím. Dozrává tedy za určitý počet dní, nezávisle na jejich délce.

V konopí najdeme přibližně 700 popsaných látek, z toho něco více než desetina z nich patří mezi tzv. kanabinoidy, které stojí za hlavními léčebnými účinky byliny. Dále se objevují terpeny, aminokyseliny, flavonidy, bílkoviny, cukry, vitamíny, mastné kyseliny a další skupiny látek (Backes, 2016). Tyto látky obsahují v různé míře všechny tři typy konopí. Názory na to, kdy a kde se konopí poprvé objevilo, se různí. Někteří vědci se nicméně domnívají, že k tomu mohlo dojít už před 34 milióny let v oblasti pohoří Altaj na hranicích Číny, Kazachstánu a Mongolska (ibid). Nejstarší skutečně dochovaný nález konopí ale pochází z Japonska, kde byly při archeologickém odkryvu objeveny hliněné nádoby s pozůstatky usušených konopných květů, staré přibližně 10.000 let. Údajně pochází z neolitického období Džomón (縄文時代), které je takto pojmenováno podle „provazcového vzoru“ tehdejší keramiky. První etnohistorický záznam o využití konopí byl nalezen v šamanských textech starověké Číny. Radiokarbonovou metodou bylo potvrzeno jejich stáří na dobu asi 4000 let před naším letopočtem (Rätsch, 2013).

3.3. Lék nebo droga?

Hledání odpovědi na otázku, zda je konopí lék nebo droga, vyžaduje nejprve dekonstrukci obou těchto termínů. Jde o polysémantické výrazy, které prodělaly specifický historický vývoj. Slovo droga pochází pravděpodobně z holandského slovního základu (*drooge* – suchý) a původně označovalo usušené organické látky, sloužící k léčbě zdravotních obtíží (Zábranský, 2003).³ Z tohoto pojetí pravděpodobně vyplývá i původní farmakologická definice, kdy je za drogu považována jakékoliv látka, která obsahuje molekuly s fyziologickými účinky na lidský organismus (Brody, 1998).

V současném společenskovědním diskurzu nicméně jako drogu zpravidla rozumíme látku, která odpovídá definici Jiřího Presla: (1) má psychotropní účinek a (2) může způsobovat závislost⁴ (dle Zábranského, 2003). Termín droga pak v běžné řeči typicky označuje cokoliv,

³ Například v angličtině se tento význam zachoval v běžné řeči dodnes (*drug*) a označuje jak omamnou látku, tak běžně užívaný lék. Existuje zde proto výraznější vnímání dvojznačnosti tohoto výrazu: „dobré“ drogy ve smyslu léku a „špatné“ drogy ve smyslu psychotropní návykové látky (pozn. aut.).

⁴ Problematice definice závislosti se blíže věnuji v kapitole 5.4.

co vyvolává silnou fixaci. Podobně i lék můžeme vnímat na různých úrovních. Farmakologie definuje léky jako *léčivé látky a léčivé přípravky upravené do definitivní podoby, v jaké se používají a podávají pacientovi* (Katzung, 1994, 10). Sociokulturní definice pracují s širším pojetím termínu, zohledňují jeho význam v konkrétním společenském kontextu a ukazují, že nastává značný překryv mezi tím, co je považováno za lék, za potravinu a co za jed. Návyk může vznikat jak na látku, běžně označovanou jako lék, tak i na látku, označovanou jako droga či jako nebo potravina. (Hugh-Jones, 1993; Etkin & Ross, 1982). V nastíněné perspektivě je zřejmé, že na předkládanou otázku neexistuje pouze jedna odpověď a problematická je už její formulace. Nejen konopí, ale celá řada dalších běžně užívaných a dostupných látek může být popsána z pohledu všech výše uvedených definic a získávat v různém kulturním prostředí různé významy, které se mohou překrývat. Musíme se proto ptát, kdy a za jakých podmínek je konopí vnímáno jako lék a kdy naopak jako droga. V následujících dvou kapitolách se pokusím nastínit vznik a vývoj obou těchto představ.

4. Konopí jako lék

Pro úplné pochopení kulturního významu konopí jako léku je třeba pohlédnout do minulosti, na jeho využití v klíčových léčebných tradicích. Vzhledem ke geografickému výskytu této byliny se s jejím využitím setkáváme zejména v tradičním lékařství Číny, Indie a Tibetu, ale také v antickém Řecku a řadě dalších oblastí.

4.1. Čína: Má (麻)

První zmínka o terapeutickém využití konopí se nachází v herbáři *Šen Nung Pen C'ao*. Tento základní text, shrnující tradice čínského lékařství, byl sepsán v prvním století našeho letopočtu, ale obsahuje léčebné poznatky už z doby vlády císaře Šen Nunga (*Shennong*), tedy zhruba od třetího tisíciletí před naším letopočtem. Dočteme se zde mimo jiné, že: „*Konopí léčí ženské slabosti, dnu, revmatismus, malárii, beri-beri, zácpu a nepřítomnost ducha*“ (Rätsch 2013, 30). Čínská medicína využívá také konopná semena a konopný olej při kožních onemocněních jako jsou vředy, nehojící se rány a záněty. Oceňováno bylo také při střevních potížích, nevolnosti a zvracení, otravě nebo úplavici (Grotenhermen, 2009). Čínský chirurg Chua-t'cho využíval konopí jako anestetikum a omamnou látku při operacích, a to konkrétně ve vysokých dávkách směsi konopí a vína, až se pacient dostal na práh bezvědomí. Některé texty si všímají i psychoaktivních účinků konopné pryskyřice a jejího využití ke spirituálním účelům. „*Učení Tao zdůrazňuje, že k dosažení cílů Tao se musí člověk odpoutat od vlastního vědomí. Přesně tohoto stavu je možno docílit pomocí konopí*“ (Rätsch 2013, 30). Také v Konfuciově knize dokumentů Šu-t'ing, která vznikla přibližně v pátém století našeho letopočtu, je popisován šamansko-magický způsob užívání konopných rostlin k léčení: „*Vysušený stonek, který byl následně ornamentálně vyřezán, zde byl léčiteli používán k zahánění zlého ducha nemoci, poklepáním na rám postele nemocného*“ (ibid).

4.1. Indie: Vidžája

V Indických posvátných textech, védách, je konopí (*vidžája*) považováno spolu s tajemným nápojem Sóma za elixýr největší léčebné moci (*rasajána*) a posvátnou rostlinu, neboť „*v jeho listech žije anděl strážný (déva)*“ (Touw 1981, 25). Ve staroindické léčebné tradici, tzv. ájurvédě, hraje konopí důležitou roli zejména ve dvou oblastech: Rasajána-Tantra (umění omlazování) a Vadžíkarana-Tantra (učení o prostředcích lásky). V ájurvédě si léčený

vytváří k rostlině blízký a osobní vztah: správné užití znamená stát se součástí rostliny, která zastupuje určitou část potenciálu vesmírného života a až splynutí s ní dodává člověku právě tento aspekt (Lad a Frawley, 1987). V indické tradici je konopí zpravidla rozemleto na jemný prášek a následně přidáváno do léčebných přípravků a užívány jsou perorálně i lokálně. Tvoří důležitou součást mnoha léků sloužících k léčbě průjmu, cholery, žloutenky, tetanu, revmatismu, poruch spánku, bolestí, kašle, zažívacích problémů, impotence, malárie, astmatu, neuralgií, migrény a alkoholismu a epilepsie (Grotenhermen 2009; Fisher 1975).

4.2. Tibet: Myan rtsi spras

Zmínky o konopí zde nacházíme už ve Čtyřech tantrách⁵ a dle tibetské medicíny jsou jeho léčebné účinky definovány následovně: „*Konopí je chuti hořké, hořké v energii, ucpávající, lehké, působí proti nadýmání, mírní kapha (sliz), uvolňuje pitta (žluč). Přináší pocit radosti a opojení a podněcuje trávení. Osoba pod jeho vlivem je velmi hovorná.*“ (Rätsch 2013, 52) Konopí je pittala a proto je užíváno při onemocněních a poruchách, které jsou způsobeny nerovnováhou žluči. Běžné je také využití při porodech jako analgetikum anebo krátce po něm, kdy údajně posiluje matku a pomáhá zabránit poporodním depresím. V tantrickém buddhismu (vadžrajána) jsou psychoaktivní konopné nápoje využívány při meditaci o kosmickém spojení Buddhy a Šaktí, jako afrodiziakum při některých rituálech a k zesílení meditativního stavu. Podle legendy se světský Siddhártha, ještě, než se stal Buddhou, živil výhradně konopnými semeny. Konopí je pro Tibetany posvátná rostlina, která je nezdárka pěstována kolem klášterů.

4.3. Konopí v antické tradici: Kannabion

První, kdo popsal vedle medicínského užití také užití konopí v běžném životě, byl římský lékař Klaudios Galénos, známý jako Galén v 1. století našeho letopočtu. Uvádí jeho použití například ve formě koláčků jako zákusku po jídle, který zvyšoval chuť k pití a ve velkém množství dokázal navodit stav otupění. Zmínky o léčbě konopím se v antice dále objevují například u Pedaniase Dioskoridese, který je doporučuje užití na bolesti uší a také jako formu antikoncepce. Neznámé nebylo ani užívání konopného semínka, které bylo oceňováno zejména pro vysušující účinky. V pozdější době se objevovaly i lékařsko-magické rituály.

⁵ Spisy, ve kterých je dle buddhistické tradice obsaženo léčebné umění Siddhárthy Gautamy (pozn. aut.).

Jeden z nich například doporučuje vojákům omotat konopný kořen kolem zraněné ruky k zastavení krvácení, případně si jej zavěsit za stejným účelem kolem krku (Rätsch, 2013).

4.4. Konopí ve středověku a novověku

První zmínky o využití konopí k léčbě v Evropě se datují kolem roku 1000 a zmiňují převážně využití konopných semen. Podobné zprávy najdeme například ve spisech katolické abatyše a léčitelky Hildegardy von Bingen:

„Konopí je teplé, a když není vzduch ani příliš horký, ani příliš studený, roste a taková je i jeho podstata, a jeho semeno obsahuje léčivou sílu a pro člověka je zdravé požídat je, pomáhá žaludku tím, že jistým způsobem odstraňuje sliz, takže trávení je pak snadnější (...) kdo trpíš žaludečními bolestmi, takže je tvůj žaludek zhnisaný nebo chladný nebo zatvrdlý, že nedokážeš strávit snědenou potravu, vezmi jelení lůj a k jeho třetímu dílu přidej olej z plodu habru obecného nebo buku za stálého míchání a pak jej natři na konopný šátek a tento šátek pak polož na svůj žaludek a pak jej tam nos“
(dle Rätsch 2013, 118).

Je také pravděpodobné, že konopí bylo dobře známo porodním bábám a používáno ke snižování bolesti při porodech. V některých pramenech je na ně odkazováno také jako na afrodiziakum. Obsaženo je také v celé řadě receptů léčitelů což bylo v 15. století v dobové atmosféře pronásledování „čarodějnic“ k značné nelibosti církvi a konopí proto bylo v roce 1484 zakázáno papežem Inocencem VIII. S rozkvětem novověku a rozvojem botaniky si konopí našlo cestu také do vznikajících herbářů. Obvykle bylo rozlišováno mezi konopím „divokým“, které údajně rostlo volně a konopím „kulturním“, které bylo cíleně pěstováno jako průmyslová plodina. Dále byla doporučována také v mléce vařená konopná semena na kašel, zapalování konopí pod nosem ženám po porodu pro posílení, užívání konopí proti bolesti kloubů či jako lék proti parazitům v těle. V 17. století objevili Evropané na cestách po Asii poprvé silné extrakty z konopí (Grothenhermen, 2009).

4.5. 19. století – rozšíření konopné léčby po Evropě

Od středověku až do 18. století bylo v Evropě upřednostňováno převážně zevní použití konopných produktů. S rozvojem objevných výprav mimo Evropu se ale situace v 19. století

mění a cestovatelé objevují široké možnosti uplatnění extraktů z konopí v medicíně. V roce 1830 byla v Evropě poprvé popsána medicínská aplikace indického konopí profesorem botaniky Theodorem Von Esenbeckem. Doporučováno bylo jako lék podporující růst vlasů, jako úleva při artritických bolestech, proti horečce a křečím (ibid). V Německu tou dobou vzrůstala také obliba tzv. domácích lékařů, knih s obsáhlými návody k samoléčbě, které měly své místo v knihovnách středních a vyšších vrstev společnosti a poukazují na široké rozšíření této praxe. Dobově nejpopulárnější byla zejména kniha známého lékaře a cestovatele Georga Friedricha Mosta, která byla v roce 1849 vydána pod názvem: *Domácí lékař: úplná příručka nejpřednějších a nejúčinnějších lidových léčebných prostředků všech zemí*. Většina receptů a návodů v ní pochází z německé lidové tradice, nechybí ale ani recepty od přátel autora a z cest po celém světě. Konopí je zde věnován neobvykle rozsáhlý prostor – jako vykuřovadlu i jako léčebnému prostředku: „*Semeno, stejně jako celá rostlina se usuší a pak se užívá v podobě čaje jako mírný prostředek proti bolestivému močení a zadržování moči u kojenců (...) Můžeme si jej (extrakt z celé rostliny) připravit tím, že nasbíráme konopí ještě před dozráním, rozmačkáme je, pokropíme trochou vody z potoka, pak vymačkáme a čerstvou šťávu necháme na ohni zhoustnout do podoby extraktu. Dětem od dvou do šesti let podáváme třikrát denně dva až tři grainy (...)*“⁶ (Rätsch, 2013, 129).

V Británii se stal průkopníkem konopné medicíny lékař William Brooke O'Shaughnessy, který se inspiroval širokým využitím konopí v Indii a upozornil na to, že konopí má na pacienty uklidňující vliv a působí účinně proti křečím, bolesti, ke zvýšení chuti k jídlu, jako afrodiziakum a k obnovení duševního veselí (Backes, 2016). Na základě O'Shaughnessyho poznatků se z konopí brzy stal uznávaný lék a v Evropě i v Americe. John Russel Reynolds, osobní lékař královny Viktorie, který jí údajně podával výtažek jednou měsíčně k utišení menstruačních bolestí, shrnul své poznatky následovně: „*Když je podáváno v čisté podobě a pečlivě, je indické konopí jedním z nejcennějších léků, které máme k dispozici*“ a lze je užívat „*téměř při veškerých bolestivých onemocněních*“, a proto je „*zdaleka nejužitečnější drogou*“ (Grotenhermen, 2009, 33). Až do konce 19. století byly konopné přípravky v Evropě i v Americe zcela zavedenými léčivy a distribuovala je řada farmaceutických společností. Na evropském trhu se objevily léky jako Cannabinon (1884) nebo Cannabin (1889) a k dostání byly například i konopné cigarety, které sloužily k léčbě astmatu.

⁶ Jeden grain (také grán) odpovídá váze 64,8 miligramů (pozn.aut).

V roce 1894 byla vydána Zpráva indické konopné komise (*Indian Hemp Drugs Commission Report*), kterou nechala zpracovat britská vláda ve snaze zjistit, zda je užívání konopí nebezpečné a zda je třeba jeho rozšířené užívání v Indii omezit. Zkoumáno bylo nejen pěstování konopí, příprava léčiv a drogový obchod, ale i sociální a morální důsledky užívání drogy. Výsledná zpráva měla devět svazků a dodnes představuje jednu z nejsystematičtějších a nejobsáhlejších studií o konopí. Sestavena je z výpovědí lidí všech skupin společnosti – téměř 1200 lékařů, ale také jogínů, dělníků, pašeráků, výběrčích daní a dalších. Její závěr byl následující: „*Komise má nyní před sebou všechny prošetřené důkazy týkající se účinků připisovaných konopným lékům. Bude tudíž vhodné shrnout stručně závěry, ke kterým dospěla. Bylo nade vše pochybnost zjištěno, že užívání konopí v umírněných dávkách může být prospěšné, pokud jde o charakter tohoto užívání, mohli bychom ho pokládat za léčebný*“ (Backes, 2016, 15).

5. Konopí jako droga

Ještě na počátku 20. století mělo konopí pevné místo v zavedené léčebné praxi i zemědělské produkci řady zemí. Během následujících padesáti let se tato situace závratně změnila: postupně bylo ve většině zemí USA a následně také v Evropě zakázáno nejen využití konopí k léčbě, ale v mnoha případech také jeho pěstování pro hospodářské účely. Jak se tedy stalo, že se z konopí jako široce využívané byliny najednou stala nebezpečná droga?

5.1. Změna pohledu na konopí

Důvody, proč upadlo konopí ve společenskou nemilost, jsou dnes otázkou spekulací a základní iniciativa v tomto procesu je často přisuzována farmaceutickým a papírenským společnostem, pro které konopí a produkty z něj představovaly příliš velkou obchodní konkurenci (Herrer et al., 1985; Ginsberg, 1996). Obrat ve vnímání tohoto formátu se nicméně nestává ze dne na den a je zřejmé, že jde o komplexní proces, který začal ve Spojených státech amerických už na přelomu minulého století a v němž hrála zásadní roli celá řada společenských, politických i ekonomických faktorů. Mezi ně lze zahrnout příklon k novým typům léků, vývoj nových průmyslových produktů, prohibici alkoholu, díky které vzrostl zájem o rekreační užívání konopí a zejména pak společenskou nestabilitu a neustálé napětím související s dobovými etnickými konflikty. S užíváním konopí byli také spojováni imigranti z Mexika a Afroameričané, kteří konopí kouřili také k rekreačním účelům a jejich životní styl byl dobovým symbolem hrozby vůči spořádané společnosti. Jak uvádí Hurt, za tři hlavní spouštěče změny pohledu americké společnosti na konopí lze považovat zejména tři faktory: (1) *„zkouřené a líné“ imigranty z Mexika* (2) *„jazzem poblouzněné“ Afroameričany* a (3) *celkové rozšíření rekreačního užívání konopí během alkoholové prohibice*“ (2015, 44–45).

5.2. Marihuana

V tomto prostředí pak v USA sehrála zásadní úlohu politická a mediální kampaň komisaře Federálního úřadu pro narkotika, Herryho J. Anslingera, kterého je bez přehánění možné označit za nejvlivnějšího bojovníka proti konopí v historii. Anslinger se rozhodl, že by konopí nadále nemělo mít ve společnosti místo – ani jako průmyslová rostlina, ani jako lék. Ve dvacátých letech proto zahájil proti konopí divokou propagandu. Postavit podobnou

kampaň na známé rostlině, která byla zavedená v medicíně i zemědělství, by bylo velmi obtížné, a proto si komisař vypůjčil od mexických usedlíků veřejně neznámý pojem marihuana (šp. *marijuana*), který uživatelé používali pro slangové označení sušeného květenství. Tato kampaň, jejímž prostřednictvím se nový název etabloval, obsahovala nevybíravé rasistické prvky, a proto je v dnešní době termín marihuana považován za politicky nekorektní, ačkoliv patří mezi nejrozšířenější označení pro konopí vůbec. Anslingerovým velkým úspěchem bylo nejprve prosazení zákona Marihuana Tax Act v roce 1937⁷ a v roce 1942 pak vyškrtnutí více než 300 konopných přípravků ze seznamu amerického lékopisu (Backes, 2016). Tažení proti konopí slavilo úspěchy také po válce. Zakázáno bylo jeho pěstování v průmyslu i využití jako léku, zatímco marihuana se vžila do povědomí společnosti jako typická droga spodiny. Na konopí začala jako na nebezpečnou látku, postrádající léčebné využití, pohlížet také Americká lékařská asociace (*American Medical Association*), která tak zcela přehlédla veškeré dosavadní znalosti o konopí jako o léku. Představám konopí jako o droze výrazně přispěl opět Anslinger, když v 50. letech přišel s tvrzením, že marihuana vede přímo k užívání heroínu. Jak uvádí Hurt: „*Podle jeho (opět nijak podložené) argumentace na půdě Kongresu více než padesát procent uživatelů vezme do ruky jehlu právě ve chvíli, kdy jim přestane stačit ‚rauš‘ z marihuanové cigarety*“ (2015:62). Ačkoliv je v dnešní době již vědecky vyvráceno, že konopí není tzv. vstupní drogou (Morrall et al. 2002; Bonnie & Whitebread, 1974), tento mýtus je ve společnosti stále často zakořeněn.

Skutečná válka nejen proti konopí a dalším drogám pak na mezinárodní úrovni skutečně začala v roce 1961 se vznikem *Jednotné úmluvy OSN o narkotických drogách*. Jde o základní mezinárodní dohodu, která zakazuje výrobu a poskytování zakázaných druhů drog z celého světa, mezi něž spadá konopí, LSD, kokain a heroin. Tato úmluva vznikla na základně smluv z 20. let, které měly regulovat obchod mimo jiné s opiem a kokainem a ukládá signatářským státům povinnost vydávat zákony, které jsou s úmluvou v souladu. Úmluva v některých případech povoluje výzkum a léčebné využití klasifikovaných látek. Období nadcházejících

⁷ Nově vznikla ve většině států povinnost evidence pěstování a platby daně z konopí pro všechny pěstitele, obchodníky i lékaře (pozn. aut).

padesáti let se neslo v duchu atmosféry drogové prohibice a ve většině zemí je výroba a držení omamných a psychotropních látek regulována přísnými zákony.

5.3. Uvolňování legislativy

K revitalizaci konopí ve společnosti a uvolňování legislativy dochází až v posledních letech, kdy k jeho legalizaci k léčebným účelům s různým úspěchem přistupuje stále více zemí. Aktuálně je tomu tak v Evropě mimo Českou republiku například v Německu, Nizozemí či v Itálii, ve Francii jsou povoleny léky s obsahem konopných derivátů a například v Belgii je povoleno také pěstování jedné rostliny konopí pro vlastní potřebu. Léčebné konopí je legální také ve Velké Británii.⁸ Odlišná situace je paradoxně v kolébce konopné prohibice. Spojené státy americké vykročily na jasnou cestu legalizace a konopí je zde aktuálně v různé míře aktuálně legální ve třiceti státech. Ve Washingtonu, Oregonu, Nevadě, Kalifornii, Coloradu, Aljašce, Maine, Massachusetts a Washingtonu D.C. je konopí dokonce povoleno také k rekreačnímu užívání, což vyvolává nebývalou pozornost a zdá se, že to má velký vliv na ekonomiku států (Miles et al., 2016).

K legalizaci konopí k léčbě přistoupila před čtyřmi lety také Česká republika. Nakládání s konopím s obsahem THC vyšším než 0,3 % zde reguluje zákon o návykových látkách 167/1998 Sb.⁹ Ten v roce 2013 novelizoval zákon č. 50/2013 Sb., známý také jako tzv. „konopná novela“, který obsahuje úpravy týkající se legalizace využití konopí k léčebným účelům. Neoprávněné přechovávání konopí pro vlastní potřebu uživateli je dle českého zákona aktuálně definováno jako protiprávní a postížitelné vždy a ve všech případech s výjimkou registrovaných pacientů, kteří se konopím léčí.¹⁰ V ostatních případech zákon rozlišuje mezi držením tzv. malého množství¹¹ konopí pro vlastní potřebu,

⁸ Pěstování konopí ve všech těchto zemích nicméně zůstává nezákonné a reálná dostupnost konopí a konopných derivátů nemocným se velmi liší (KOPAC, 2017).

⁹ Zákon o návykových látkách 167/1998 Sb. (Zdroj: http://bit.ly/zakon_o_navykovych_latkach, navštíveno: 26. 6. 2017)

¹⁰ Pacienti, kteří jsou zařazeni v registru pro léčivé přípravky s omezením, vedenému podle zákona o léčivech 378/2007 Sb. V případě nalezení konopí u registrovaného pacienta je při posuzování činu kontrolováno datum a množství vydání léku, který je pacient povinen doložit. (Zdroj: http://bit.ly/zakon_o_lecivech, navštíveno: 26. 6. 2017)

¹¹ Za malé množství je obvykle považováno 10 g sušiny konopí a 5 rostlin konopí. Nejedná se nicméně o nijak závazná čísla, ale o doporučení na základě stanoviska Nejvyššího soudu z 13. března 2014, kterým by se měly policejní a justiční orgány při posuzování povahy činu řídit. Mohou však brát ohled i na jiné skutečnosti, jako je například kriminální minulost pachatele (Zdroj:

což je hodnoceno dle přestupkového zákona a postižitelné pokutou ve výši až 15000 Kč. Držení většího množství než malého, pak spadá pod zákon trestní a může být postiženo trestem odnětí svobody až ve výši šesti měsíců. Pěstování rostlin pro vlastní potřebu zůstává nezákonné ve všech případech. To, že je konopí často vnímáno jako nebezpečná droga, a jak se tento postoj v minulosti formoval, je nyní jasnější. Je čas položit si otázku, zda jsou argumenty týkající se rizikovosti této rostliny založeny na reálných argumentech. Způsobuje užívání konopí závislost? A jaká má jeho užívání rizika?

5.4. Konopí a závislost

Syndrom závislosti definuje Americká psychiatrická asociace jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických jevů, který se rozvíjí na základě opakovaného užití látky a který typicky zahrnuje minimálně tři z následujících příznaků: silnou touhu po užití látky, fyzické příznaky abstinence, zvyšování tolerance užívaného množství, zanedbávání jiných aktivit kvůli užívání a pokračování v užívání i přes prokazatelně negativní účinky (American Psychiatric Association, 2013). Závislost je pak obvykle rozdělována na fyzickou, pro kterou jsou typické negativní somatické příznaky po vysazení drogy a psychickou, která je mnohem komplexnější a často jde o mnohvrstevný problém.

Další definice pak závislost vnímají jako vážnou nemoc mozku, pro které je typické kompulzivní vyhledávání a užívání drog i přes jejich negativní účinky. Jako nemoc¹² je zde závislost vnímána proto, že droga mění fungování mozku, což vede k většině patologického chování (NIDA, 2016). Pokud bychom se na riziko vzniku závislosti na konopí chtěli podívat prostřednictvím čísel, rozvine se přibližně u 8 % uživatelů (Budney et al. 2007), což se ve srovnání s alkoholem (22,7%) nikotinem (67,5 %) nebo kokainem (20,9 %), zdá jako velmi pozitivní výsledek. Nejvyšší riziko vzniku závislosti je pak u dospívajících, kde dosahuje 17 % a s věkem dále klesá (NIDA, 2017).

Při bližším pohledu na podobné definice a závěry si nutně musíme položit otázku, do jaké míry jsou společensky relevantní. Jak je vůbec možné vyčíslit průměrné riziko vzniku tak komplexního problému, jakým je závislost?

Základní problém spočívá v centrálním vnímání drogy jako primárního spouštěče závislosti, která je vysvětlována jako nemoc, jíž je závislý obětí. Současné výzkumy každopádně

<http://www.legalizace.cz/legislativa/aktualni-zakon/>, navštíveno

26. 6. 2017)

¹² Bližším rozboru definice nemoci se věnuji v kapitole 8.1.

ukazují, že pravda je pravděpodobně jinde: závislost často vzniká jako součást mnohem komplexnějších procesů zahrnujících primárně blízké vazby s okolím (Dingle, 2015) a jak argumentuje například Branch (2010), je do velké míry ovlivněna rozhodováním a vůlí uživatele. Vžitý pohled na závislost jako na nemoc vyvolanou drogou nemá dle jiných studií reálné opodstatnění (Holden, 2012) a bere navíc z rukou závislého zodpovědnost za daný stav, což může být mnohdy v její terapii kontraproduktivní. Pokud tedy chceme zhodnotit reálnou nebezpečnost konopí, bylo by vhodnější zaměřit se spíše než na vznik závislosti na společenskou nebezpečnost užívání této látky. Jak ukazují četné studie, např. v porovnání s legálním alkoholem se zdá být poměrně banální (Lachenmeier & Rehm, 2015).

Ve světle naznačených informací se zdá, že výsledky statistik ve snaze zhodnotit rizikovost konopí v souvislosti se vznikem závislosti nemají přílišnou výpovědní hodnotu. Jiným pohledem na reálnou nebezpečnost návykových látek by proto mohlo být zhodnocení negativních účinků jejich užívání v širším společenském kontextu – například dopady chování spojeného se závislostí (např. riziko šíření infekčních nemocí, či projevy akutní intoxikace). Ukazuje se také to, že užívání této rostliny nemá žádný kauzální vliv na následné užívání tvrdých drog (Morral et al. 2002), to vyvrací také teze o konopí jako vstupní droze k závislosti. Naopak, nové studie naznačují, že konopí může mít při léčbě závislosti naopak pozitivní účinky (Morgan et al. 2013).

5.5. Zdravotní rizika užívání konopí

Jak jsem se pokusila ukázat, závislost je komplexní téma, které nelze vnímat zjednodušeně. Bylo nicméně prokázáno, že návyk na konopí u dlouhodobých uživatelů skutečně vzniká a při jeho vysazení látky může dojít k dočasným fyzickým i psychickým příznakům, jako jsou například nechutenství, nespavost, úzkost nebo deprese. Je pravděpodobné, že jsou spojeny s návykem těla na pravidelný příjem kanabinoidů a jsou pravděpodobně vyvolány snahou endokanabinoidního systému o nastolení rovnováhy (viz kap. 6.2). Tyto příznaky obvykle vrcholí mezi 5-6 dnem po posledním užití látky a odeznívají zpravidla do dvou týdnů (Budney & Hughes, 2006).

Pokud se podíváme na další rizika, často je tematizována souvislost mezi konopím a poruchami kognitivních funkcí, kdy u uživatelů bylo prokázáno jejich dočasné snížení (Poope HG, 1996, Shrivastava 2011). Dalším tématem je otázka rozvoje psychóz, kdy se užívání konopí jeví jako rizikové zejména v souvislosti s genetickými predispozicemi

k tomuto onemocnění. Přesný mechanismus, jak k tomu dochází, ale zůstává sporný (Hall, 2008, 2000). S vyšším rizikem psychózy může souviset i užívání vysoce potentních odrůd konopí (Englund et al. 2017). Obě oblasti jsou předmětem aktuálního bádání. Jako nejvíce rizikové se dle výše uvedených studií nicméně jeví užívání rostliny v době dospívání.

Zásadní rizika souvisí s formou administrace konopí kouřením, zejména časté míchání s tabákem v cigaretách. Ten se prokázal na rozdíl od konopného kouře jako karcinogenní (Melamede, 2005). Konopný dým obsahuje přibližně 1500 různých chemických látek, včetně některých známých karcinogenů, ale mezi kuřáky konopí nebyl zaznamenán vyšší výskyt rakoviny, než mezi kuřáky tabáku (Backes, 2016).

Je nesporné, že rizika užívání konopí existují. Ve světle rostoucí popularity této rostliny a zejména pak jejího léčebného využití je proto nezbytné se jim důsledně věnovat a navrhnout takové strategie jejich snižování, které povedou k bezpečnějšímu užívání a léčbě. Je ale zřejmé, že některé stereotypní představy o konopí jsou zjevně nepodložené relevantními důkazy.

6. Konopí v současné medicíně

Jak naznačují poslední kapitoly, v současnosti dochází k revitalizaci postavení konopí ve společnosti jako účinného léku. Je tomu tak také díky moderním vědeckým výzkumům, kterým se od 60. let 20. století daří stále přesněji popisovat mechanismy působení této rostliny a vysvětlovat její léčebné účinky vědeckou optikou. Účinné látky konopí, kanabinoidy, působí v lidském prostřednictvím interakcí s receptory tzv. endokanabinoidního systému (zkr. ES), který na všech biologických úrovních ovlivňuje stav homeostáze a zásadním způsobem tak reguluje zdravotní stav člověka.

6.1. Kanabinoidy

Kanabinoidy byly poprvé objeveny ve 40. letech 20. století. Je pozoruhodné, že se nejedná o alkaloidy, což je v rostlinné říši psychoaktivních rostlin poměrně nezvyklé. Na molekulární úrovni obsahují atomy uhlíku, kyslíku a vodíku, ale žádný dusík (Backes, 2016). Kanabinoidy se rozpouští v tucích a alkoholu, ale ne ve vodě, jsou tzv. hydrofobní. Z toho důvodu se až do 80. let věřilo, že účinkují na lipidové membrány nervových buněk, podobně jako například alkohol. Tato teorie byla ale vyvrácena koncem 80. let, když byly objeveny specifické receptory, na které se kanabinoidy váží. Dosud jich bylo určeno 66 a v rostlině se vyskytují v podobě kanabinoidních karboxylových kyselin, které se na aktivní formu přeměňují až postupnou oxidací v důsledku působení tepla. Základní skupiny kanabinoidů jsou:

- delta-9-THC (THC)
- cannabidioly (CBD)
- cannabigeroly (CBG)
- cannabichromeny (CBC)
- cannabinoly (CBN)¹³

Význam vysokého obsahu kanabinoidů pro rostlinu je mezi odborníky oblastí sporů. Někteří tvrdí, že kanabinoidy obsažené v konopné pryskyřici účinkují jako ultrafialové filtry a jejich

¹³ CBN není vytvářen rostlinou, ale v důsledku oxidace THC při procesu jeho štěpení (Backes 2016).

úkolem je ochránit reprodukčně nejvzácnější část rostliny – květenství – před škodlivým slunečním zářením. Jiní se přiklání k názoru, že aromatická pryskyřice chrání rostlinu před škůdci (Andre et al., 2016).

6.1.1. THC

Delta-9-THC (zkr. THC) je pravděpodobně nejznámější složkou konopí, která je primárně zodpovědná za změněné stavy vědomí, které jeho konzumace navozuje. V rostlině je THC obsaženo v přirozené formě jako nepsychoaktivní THCA (kyselina delta-9-tetrahydrokanbinolová), a k její přímé přeměně na THC je třeba zahřátí na 154 °C a udržení této teploty po dobu 7 minut (Backes, 2016). Tento proces nicméně může proběhnout také spontánně v rámci delšího skladování sušiny. THC se vyskytuje u všech druhů konopí a rostlina ho může v závislosti na konkrétním genotypu a fenotypu obsahovat různé množství: od 0,1 % až po téměř 95 % ze všech obsažených kanabinoidů. THC v některých případech představuje až 25 % váhy sušené rostliny, což je na sekundární metabolit mimořádné množství. Objeven a popsán byl v roce 1964 v Izraeli téměř současně týme Yehiel Gaoniho a Raphaela Mechoulama a v Československu Františkem Šantavým, který jako první určil absolutní konfiguraci THC (Cimpová, 2011). Řada klinických studií poukazuje na silně analgetické a protizánětlivé účinky THC, které také ulevuje od spasticity, potlačuje nevolnost a nechutenství, snižuje nitrooční tlak a má neuroprotektivní účinky (Roitman et al., 2014; Petro & Ellenberger, 1981).

6.1.2. CBD

Kanabidiol (zkr. CBD) je kanabinoid se zajímavým léčebným potenciálem, který nezpůsobuje typické změněné stavy vědomí, a jeho využití je proto v současnosti často diskutováno i díky možnostem jeho legálního využití ve řadě zemí. V konopí se přirozeně vyskytuje v podobě kyseliny kanabidiolové (zkr. CBDA), která je teplem přeměňována na aktivní formu CBD, k dekarboxylaci stačí teplota okolo 160 °C. Kanabidiol přirozeně vyvažuje psychoaktivní účinky THC a zdá se, že účinkuje na široké bázi jako homeostatický regulátor (Backes 2016; Abrams, Guzman 2015). Backes popisuje zklidňující efekt, protizánětlivé, protiepileptické a antipsychotické působení, snížení nitroočního tlaku a úlevu od křečí (2016). Jiné práce naznačují, že CBD snižuje také úzkosti, sociální fobie a dle

některých autorů mírní příznaky schizofrenie (Leweke, 2012). Předmětem výzkumu je také jeho cílené využití k potlačení psychoaktivních stavů vyvolaných užitím vyšších dávek THC (Waldo Zuardi et al., 2012). Za pozornost stojí zejména jeho účinky při léčbě epilepsie a zmírňování svalových křečí, které jsou průvodním příznakem roztroušené sklerózy. CBD se vyskytuje ve vyšší míře v některých odrůdách setého konopí (*Cannabis sativa* L.) s obsahem THC nižším, než 0,3 %, které je v řadě zemí včetně České republiky legálně pěstováno pro průmyslové účely. S postupující popularizací konopné léčby dochází v posledních letech k rozmachu trhu s produkty obsahujícími CBD, které je extrahované z těchto odrůd a ředěné zpravidla v konopném oleji. Mezi veřejností je o ně velký zájem a ceny jsou proto často velmi vysoké. V řadě zemí vedl rozmach trhu s CBD výrobky až k zařazení kanabidiolu na seznam regulovaných látek, v roce 2016 tak učinila například Velká Británie. V České republice je situace ohledně regulace trhu s CBD stále nejasná a většina dostupných produktů je prodávána jako tzv. produkt k dalšímu užití, nikoliv k užití vnitřnímu.

6.1.3. CBG

Kanabigerol je hned po THC a CBD třetím nejčastěji zastoupeným kanabinoidem v konopí a je ve své podstatě prekurzorem, který rostlina používá k výrobě THC a CBD. V poslední době vznikly studie, jejichž spekulují nad jeho potenciálem v léčbě syndromu dráždivého tračníku (*Inflammatory Bowel Syndrome*, zkr. IBS) a silnému účinku proti patogenům (Backes, 2016).

6.1.4. Syntetické kanabinoidy

Pro úplnost je třeba zmínit také synteticky izolované kanabinoidy, které lékaři začali předepisovat již v 80. letech 20. století, zejm. na léčbu nevolnosti a nechutenství při chemoterapiích. Mezi syntetické deriváty THC patří například nabilon (s obchodním názvem Cesamet) nebo dronabinol (s obchodním názvem Marinol). Ačkoliv odborníci předpokládali, že tyto látky budou mít stejné účinky jako THC přirozeně se vyskytující v rostlině, v praxi se zjistilo, že lék velkému množství pacientů neposkytuje potřebnou úlevu a jeho působení na psychiku je mnohdy příliš silné. Mezi nejběžnější vedlejší účinky při jeho užívání patří nevolnost, zvracení, zrychlený srdeční puls, bolesti břicha a pocity slabosti.

Pacienti se proto začali vracet k THC v rostlinné podobě, a i současný trend využití léčebného konopí se vydal touto cestou. Jedním z pravděpodobných důvodů je existence tzv. synergického efektu (viz sekce 5.1.5).

6.1.5. Terpeny

Přibližně 120 látek v konopí patří do skupiny terpenů, aromatických složek, které jsou někdy také označovány jako esenciální oleje a jsou zodpovědné za specifickou vůni rostlin (Grotenhermen, 2009). V současnosti probíhá intenzivní výzkum jejich synergického působení spolu s kanabinoidy (Russo, 2011), a dokonce jsou v terapii využívány i samostatně. Terpeny nejsou obsaženy pouze v konopí, ale také v dalších rostlinách a patří mezi nejběžnější chemikálie v přírodě. Mezi významné terpeny obsažené v konopí patří pinen, limonen, myrcen, ocimen, terpinolen, linalool a beta-karyofylen.

6.1.6. Kouzlo synergie

Zdá se, že konopí je při léčbě účinnější, pokud je využita celá rostlina, nikoliv pouze izolované kanabinoidy. Zvláště patrný je tento efekt při současném využití kanabinoidů CBD a THC, které se vzájemně vyvažují a například CBD účinně potlačuje některé negativní projevy THC, mezi které spadá vysoká psychoaktivita, srdeční arytmie či nevolnost u vyšších dávek. Tomuto jevu se říká „synergický efekt“ (angl. entourage effect) a poprvé ho zmínil a popsal v roce 1999 nestor konopné vědy, Raphael Mechoulam. Potvrzují ho stále přibývajících klinické studie (Sanchez-Ramos, 2015; Russo, 2011; Comelli et al., 2008). Přesný mechanismus působení všech složek konopí v lidském těle nám stále není přesně znám, ale přesto máme dnes o konopí podstatně více informací než v době, kdy byly objeveny první kanabinoidy a popsána jejich struktura. Zásadním přelom ve výzkumu přinesla 90. léta 20. století a objev endokanabinoidního systému.

6.2. Endokanabinoidní systém

Endogenní kanabinoidní receptorová soustava (zkr. ES) představuje zřejmě nejdůležitější fyziologický systém, který zásadním způsobem reguluje rovnováhu organismu. Vyskytuje se u všech druhů obratlovců, ale i u strunatců a některých druhů nezmarů a je zásadní pro

jejich schopnost přizpůsobit se proměnlivému prostředí. K popsání ES zásadně přispělo přelomové zjištění, že si lidské tělo vytváří látky strukturálně velmi podobné rostlinným kanabinoidům. Jsou označovány jako endokanabinoidy a patří mezi ně například anandamid, poprvé popsáný v roce 1992 předním světovým odborníkem na výzkum léčebného konopí, Lumírem Hanušem, a týmem vědců na Hebrejské univerzitě v Izraeli (Devane et al., 1992). Ačkoliv má anandamid zcela jinou strukturu než například THC, způsob jeho účinku je velmi podobný. Kanabinoidy tedy můžeme rozdělit na endokanabinoidy (tělem vytvářené kanabinoidy) a fytoKANabinoidy (rostlinné kanabinoidy). V těle se váží na dva typy tzv. kanabinoidních receptorů, které nachází po celém těle: v mozku, orgánech, tkáních a buňkách imunitního systému. Přítomnost těchto receptorů v lidském těle je pravděpodobně nezbytná pro udržení správných funkcí organismu.

(1) Receptory CB1 jsou v největší míře zastoupeny v mozku a centrální i periferní nervové soustavě, zejména pak v centrech zodpovědných za regulaci motoriky, pohybové koordinace, učení a stresu. Ovlivňují bolest, záněty, úzkost, chuť i paměť. (2) Receptory CB2 různými způsoby modulují imunitní systém a nejvíce se vyskytují v periferních tkáních imunitního systému (slezina, mandle, brzlík) a v trávicí soustavě (střeva), ale najdeme je také v nervové soustavě a v mozku. Endokanabinoidní systém působí v každé tkáni a každé buňce odlišně, ale zdá se, že vždy se stejným cílem: udržení stavu homeostáze, stabilního a vyváženého vnitřního prostředí organismu. A to na všech každé biologických úrovních – od buněk přes jednotlivé orgány až po komplexní stabilitu celého organismu (KOPAC, 2015). Zajímavé jsou také účinky kanabinoidů na nervový systém. Například Sulak pak tento mechanismus popisuje i na úrovni nervového systému:

„Celý ES a jeho komplexní působení na imunitní a nervový systém společně se všemi orgány lidského těla představuje opravdový most mezi tělem a myslí. Díky studiu této soustavy se začínáme dobírat k vysvětlení toho, jak psychika a duševní rozpoložení ovlivňuje naše zdraví – ať už k lepšímu, nebo k horšímu. (...) Tím, že kanabinoidy stimulují neurogenezi (tvorba nových buněk, tzv. neuronů), neuroplasticitu (schopnost neuronových sítí a systémů měnit své funkce a uspořádání v reakci na nové informace, vývoj nebo poškození) a učení, mají přímý vliv na schopnost být vůči okolí otevřený a nezaujatý. Stejně tak podporují schopnost změnit pevně zafixované vzorce myšlení a chování, jež vycházejí z minulých zkušeností, a tím lidskému tělu pomáhají přizpůsobovat se neustále se měnícímu vnějšímu prostředí, aniž by to mělo negativní vliv na zdravotní

stav. I to je vysvětlením, proč je konopí vyhledávaným lékem válečných veteránů a dalších lidí s traumatizujícími zážitky“ (Armentano, 2015, 11).

Podrobný popis funkcí endokanabinoidního systému by vydal na samostatnou práci. Ráda bych ale stručně zmínila tři doložené mechanismy jeho účinků na buňky v různých situacích, které osvětlují širokospektrální léčebné účinky konopí u různých diagnóz, kterým se budu věnovat v další kapitole. Všechny jsou zaměřeny na minimalizaci bolesti a poškození organismu v důsledku poranění.

(1) Endokanabinoidní systému reguluje procesu tzv. *autofagie*, kdy buňka nechává svou část odumřít a obnovit. Jde o specifický mechanismus, který pomáhá buňkám udržovat nezbytnou stabilitu mezi syntézou, degradací a následnou recyklací jejich částí. Důležité je v této souvislosti působení na některý typ nádorových buněk, u kterých dochází k tzv. *apoptóze*, procesu, kdy samy sebe stráví a zaniknou, čím vrací organismus do rovnováhy (Pokrywka et al., 2016). Výhody působení tohoto typu terapie na rakovinné buňky spočívá v tom, že při ní nedochází k poškození zdravých buněk, jak tomu je u chemoterapie či ozařování. (2) Druhým mechanismem působení endokanabinoidního systému je ovlivňování komunikace a spolupráce mezi jednotlivými typy tělních buněk. V případě zranění kanabinoidy zpomalují uvolňování aktivátorů citlivosti kolem poškozené tkáně. Tímto způsobem pomáhají stabilizovat nervové buňky v okolí. (3) Kanabinoidy působí také na buňky imunitního systému, kterým brání v případě poškození v uvolňování zánětlivých látek (Armentano, 2015).

6.3. Klinická léčba

V následující sekci se věnuji konkrétním onemocněním, v jejichž terapii je dnes konopí využíváno. Zaměřuji se přitom zejména na diagnózy, které se objevovaly také v popisech onemocnění respondentů mého výzkumu.

6.3.1. Nausea a nechutenství, zvracení

Konopí se ukazuje jako účinný prostředek k potlačení nevolnosti a zvracení, která často provází léčbu rakoviny, tedy chemoterapii a ozařování. Jde o metody způsobující silnou nevolnost a celkové oslabení organismu, kdy je pro nemocné velmi obtížné přijímat potravu. Stejně potíže provází také onemocnění HIV/AIDS. Nedostatečná výživa vede k prudkým

váhovým úbytkům a ke ztrátě svalové hmoty, tzv. kachexii, která léčbu zásadním způsobem ovlivňuje a může podkopat její efektivitu. Úspěšnost kanabinoidů při potlačení nevolnosti se pohybuje okolo 80 % (ibid). Dle některých studií dochází k odstranění nechutenství ovlivněním pohybu neuronů, které za normálních okolností chuť k jídlu potlačují a dokáží zmást centrum sytosti v mozku (Koch et al., 2015). Aktivace kanabinoidních receptorů ovlivňuje také čichové centrum a vede k intenzivnějšímu vnímání vůní, které pak mohou být považovány za lákavější. Pro úplnost je třeba zmínit také studie, které ukazují, že konopí může v případě chronického užívání nevolnost naopak vyvolávat. Tento efekt je popsán jako tzv. syndrom chronického zvracení neboli kanabinoidní hyperemetický syndrom (Lu & Agito, 2015; Allen 2004). Jeho příznaky odeznívají zpravidla ihned po vysazení konopné léčby a pravděpodobně souvisí s narušením regulace tělesné teploty, kterou konopí způsobuje. Současné léčebné programy doporučují pacientům užívat v začátku 5mg THC denně a postupně dávku zvyšovat až na 15mg, dávky nad 20mg pak mohou vyvolat opačné účinky (Backes, 2016). Využití konopí v paliativní onkologii je v současnosti jednou z nejrozšířenějších oblastí jeho indikace. Léčba těchto obtíží syntetickým THC byla v USA schválena již v polovině 90. let, řada pacientů se ale pro vysokou psychoaktivitu léku vrátila k léčbě rostlinnými kanabinoidy (viz kap. 6.1.4).

6.3.2. Roztroušená skleróza

Roztroušená mozkomíšní skleróza (zkr. RS), je zánětlivé neuro-degenerativní onemocnění postihující bílou hmotu mozkovou, jehož podstatou je ložisková destrukce myelinu (obalů nervových buněk) vlastním imunitním systémem. Jakmile je myelinový obal zničen, dochází ke zpomalení nebo přerušení přenosu nervových vzruchů v centrálním nervovém systému (zkr. CNS) a vzniká tzv. *kondukční blok*. Příznaky nemoci závisí na její fázi a na tom, která část CNS je právě zasažena, ale obvykle zahrnují spasticitu (svalové křeče a ztuhlost), bolest, třes, zhoršení zraku, slabost, poruchy řeči, zhoršení kognitivních funkcí či ztrátu kontroly nad močovým měchýřem (ibid). Nemoc přichází v atakách, které trvají několik týdnů až měsíců a pacient se z nich zpravidla zcela nezotaví, čímž dochází k postupnému zhoršování stavu a nezhledně končí úplnou invaliditou, někdy dokonce úmrtím. V České republice žije přibližně 19 000 pacientů s RS a současná medicína na toto onemocnění doposud nezná účinný lék (Armentano, 2015).

Dle četných klinických studií dokáže konopí nemocným s RS pomoci se zmírněním bolesti a spasticity, třesem, zvládáním deprese, únavy, střevních obtíží, inkontinencí, poruchami motorických funkcí a paměti (Corey-Bloom et al., 2012; Chong et al., 2006; Wade et al. 2004; Petro & Ellenberger, 1981). Přesný účinek kanabinoidů při RS je stále obklopen otazníky a představuje výzvu pro další výzkum. Vzhledem k tomu, že to jsou právě endokanabinoidy, které řídí v lidském těle neurotransmisi, je velmi dobře možné, že léky na bázi kanabinoidů jejich efekt napodobují, a opravují tak poškozené nervové procesy, čímž zmírňují příznaky spasticity (Backes, 2016). Jiné zdroje uvádí jako možný mechanismus imunosupresivní účinky THC, které omezují ničivou reakci imunitního systému vůči buňkám (Croxford & Yamamura, 2005).

Nadějnou oblastí výzkumu je také potenciál konopné léčby nejen ulevovat od příznaků, ale také účinně působit proti rozvoji RS. Bylo prokázáno, že kanabinoidy mají v případě napadení centrálního nervového systému (zkr. CNS) imunitním systémem neuroprotektivní účinky (Croxford et al., 2008; Pryce et al., 2003). Je také pravděpodobné, že z toho důvodu se ukazuje jako efektivnější dlouhodobá léčba, kdy mají nervové spoje čas na obnovu.

V konvenční medicínské terapii RS jsou v současnosti využívány léky ze skupiny benzodiazepinů, jako je klonazepam, dantrolen, baklofen či valium, které ulevují zejména od spasticity a třesu. Jde o silná sedativa, která stimulují centrální nervovou soustavu a mimo vážných nežádoucích účinků je jejich hlavním rizikem návykovost a možnost předávkování, které může být až smrtelné. Léky na bázi konopí jsou přitom tzv. nízkorizikové a s minimem nežádoucích účinků, mezi které ty patří například změny nálad, zpomalení kognitivních reakcí a motorických funkcí, tachykardie či nízký krevní tlak (Armentano, 2015).

6.3.3. Zánětlivá střevní onemocnění

Mezi zánětlivá onemocnění trávicího traktu (ang. *Inflammatory Bowel Disease*, zkr. IBD) patří například Crohnova nemoc či ulcerózní kolitida. V obou případech jde o vážná chronická autoimunitní onemocnění, která postihují zejména mladé lidi ve věku 20–30 let. Jejich příčiny nejsou známy a dle současné medicíny nejsou vyléčitelné. Terapie je proto zaměřena na úlevu od symptomů, které zahrnují silné záchvaty bolesti, časté průjmy, rektální krvácení, teploty a úbytky na váze. Konopí se u IBD prokázalo jako lék zlepšující kvalitu života pacientů, ovlivňující chuť k jídlu, ulevující od bolesti a deprese a pomáhající k větší chuti k práci a sociální interakci (Lahat et al. 2012). Některé studie ukazují také silně

protizánětlivý účinek kanabinoidů THC a CBD. Kanabidiol reaguje s endokanabinoidním systémem tak, že výrazně zklidňuje zánětlivé reakce a dávají tak naději k dobrým léčebným výsledkům (de Filippis et al., 2011). Aktivace CB2 receptorů ve střevech pak vede ke snížení bolesti, citlivosti a apoptóze poškozených buněk.

6.3.4. Parkinsonova nemoc

Také Parkinsonova nemoc je progresivní neurodegenerativní chorobou, která je dnes považována za nevyléčitelnou. Dochází při ní ke ztrátě neuronů, které vytváří neuropřenašeč dopamin, ovlivňující motorické funkce a koordinaci pohybů. Jeho nedostatek způsobuje sníženou stimulaci motorického kortexu mozku a důsledkem je typický třes, zpomalené pohyby a spasticita. (Backes, 2016). Onemocnění postihuje zejména lidi starší 50 let, a ačkoliv byla západní medicínou poprvé diagnostikována až v 19. století, popisy odpovídající této nemoci se objevují už v lékařských textech staré Indie (Goetz, 2011). Mezi často užívané léky v terapii Parkinsonovy nemoci patří Levodopa, která se v mozku mění na dopamin. Má nicméně celou řadu nežádoucích účinků a často způsobuje typickou tzv. dyskinezi, tedy poruchu, kdy dochází k neovladatelným pohybům různých částí těla. Konopí by zde mohlo sloužit jako její účinná alternativa. Pacienti trpící Parkinsonovou nemocí užívající konopí uvádí subjektivní úlevu od příznaků nemoci, zejména pak třasu, bolesti a ztuhlosti svalů (Bonn-Miller et al. 2014). Také v terapii Parkinsonovy nemoci se jeví studie zmiňované výše u roztroušené sklerózy, které prokazují neuroprotektivní potenciál některých kanabinoidů. Zajímavé jsou i výsledky klinických studií s kanabinoidy THCV, které se nalézají v některých jihoafrických a středoasijských konopných odrůdách. Naznačují, že by v kombinaci s CBD mohly fungovat jako silně neuroprotektivní agent, brzdící rozvoj Parkinsonovy choroby. (Fernández-Ruiz et al., 2013). Za zmínku stojí také to, že samostatné užití CBD bylo v další placebem kontrolované studii pacienty hodnoceno jako významné pro zlepšení subjektivního pocitu kvality života (Chagas et al., 2014).

6.3.5. Astma

Astma je běžné chronické onemocnění dýchacích cest, typické opakujícím se dočasným spastickým zúžením průdušek. Jde o autoimunitní onemocnění, které se projevuje nadměrnou reakcí průdušek na některé podněty z vnějšího prostředí. Na jeho vzniku se

údajně podílí částečně genetické a částečně environmentální faktory. Běžnou terapií je užívání kortikoidních hormonů ve formě inhalátorů (Backes, 2016). Konopná léčba byla v terapii astmatu hojně využívána už v devatenáctém století, kdy se podávalo ve formě tinktury. Jako efektivnější se zejména pro rychlejší nástup účinku a přímé lokální působení jeví vdechování konopného výparu. Některé studie potvrzují, že vdechované THC spasticitu průdušek uvolňuje (Calignano et al., 2000) a při vyvolaném astmatickém záchvatu působí takřka okamžitě (Tashkin et al. 1975). Užívání konopí zejména formou kouření je nicméně stále kontroverzní a mnozí lékaři upozorňují na možnost poškození plic konopným kouřem. Několik studií prokázalo u kuřáků konopí záněty v důsledku poškození slizniční tkáně, která tvoří výstelku dýchacích cest (Backes, 2016, 180). Na tento problém částečně odpovídá možnost využití vaporizéru, při kterém nedochází k vdechování zplodin spalování, ale účinné látky se z byliny uvolňují pouze zahřátím tak, že vznikne pára, která je inhalována. Blíže se této metodě a dalším formám administrace věnuji v kapitole 8.3.2.

6.3.6. Alzheimerova choroba

Alzheimerova nemoc je závažné neurologické onemocnění, pro které je typická postupná ztráta naučeného chování a narušení paměti a myšlení. Onemocnění často provází také deprese a neklid. Je způsobeno tím, že se mezi buňkami ukládají vrstvy proteinového plaku beta-amyloidu, zatímco v mozkových buňkách se hromadí propletená vlákna dalšího proteinu s názvem tau. Je pravděpodobné, že kombinace těchto procesů narušuje spoje mezi nervovými buňkami a dochází tak k usmrcení přilehlých buněk (Backes, 2016). Odhaduje se, že nemocí na světě trpí až 30 miliónů lidí a stále neexistuje známý lék, který by ji dokázal zastavit (Armentano, 2015, 13).

Také v terapii Alzheimerovy choroby se uplatňují již výše popsané protizánětlivé, neuroprotektivní a sedativní účinky konopí, které bylo v léčbě různých typů demence používáno již v 19. století a zpravidla ve formě výtažku. V současné době se bylina v klinické léčbě používá zejména ke zklidnění nemocných a doporučováno je jeho užívání v jídle či formou kapek. Některé studie naznačují, že by léčba na bázi kanabinoidů mohla působit na samotný vznik a progresi onemocnění (Ramirez, 2005). Velmi slibné jsou také studie s izolovaným kanabidiolem (CBD), které poukazují na možné zpomalení průběhu nemoci (Julian, 2008). Jiné práce upozorňují na potenciál THC při léčbě symptomů i zpomalování progresu onemocnění. THC údajně potlačuje tvorbu enzymu, který je

zodpovědný za hromadění amyloidních plaků v mozku a v porovnání s běžně užívanými léčivy je účinnost THC popisována jako podstatně vyšší (Eubanks et al., 2006).

„Kanabinoidy by se mohly stát komplexním léčivem pro pacienty trpící Alzheimerovou chorobou díky svým neuroprotektivním a protizánětlivým vlastnostem ve „spojení s podporou opravných mechanismů v mozku prostřednictvím stimulace produkce neurotrofinů (...) a podporou neurogeneze. (...) Působení kanabinoidů v lidském těle představuje potenciálně účinnější farmakologický prostředek léčby Alzheimerovy choroby než ty, jimiž disponujeme nyní.“ (Armentano, 2015, 14)

6.3.7. Diabetes

Diabetes neboli cukrovka je onemocnění příznačné poruchou funkce inzulinu, hormonu snižujícího hladinu krevního cukru. Tento stav vede k abnormálně vysoké hladině glukózy v krvi (hyperglykémii). Existují dva typy onemocnění. Diabetes I. typu (nebo také juvenilní diabetes) má autoimunitní povahu a je charakteristický tím, že imunitní systém ničí beta buňky slinivky, která tak nevytváří vlastní inzulin. Diabetes II. typu se rozvíjí v průběhu života, spočívá ve sníženosti citlivosti tělních tkání vůči inzulinu. Je méně závažný a lze ho ovlivňovat patřičnou dietou. Oba typy onemocnění mohou vést k oslepnutí, neuropatické bolesti, selhání ledvin, amputaci končetin, kornatění tepen a v některých případech až k úmrtí. Některé zdroje uvádí, že jde o třetí nejčastější příčinu smrti v důsledku onemocnění – hned po rakovině a srdečních vadách (Armentano, 2015). Léčba diabetu běžně probíhá dietou a umělým dodáváním inzulinu do těla v injekční podobě. Mechanismus působení konopí se v terapii diabetu je stále záhadou, ale některé preklinické studie u zvířat naznačují slibné výsledky při podávání kanabinoidů CBD, CBDV a THCV. Vyplývá z nich například to, že pravidelná aplikace CBD může pravděpodobnost výskytu diabetu snižovat až o 50 % a bránit jeho vzniku (Weiss et al., 2006). Konkrétně v léčbě diabetu II. typu se pak ukazuje jako nadějný kanabinoid THCV, který zvyšuje citlivost tkání vůči inzulinu (Wargent et al., 2013). Tyto studie ale stále čekají na klinickou aplikaci u člověka. Je také pravděpodobné, že užívání konopí vykazuje ochrannou funkci proti rozvoji diabetu. Dle studie Kalifornské univerzity z roku 2013, která zahrnovala reprezentativní vzorek 10 896 Američanů se stejnou pravděpodobností genetické zátěže, se u současných či bývalých uživatelů konopí vyskytuje diabetes méně často (Penner, Buettner, & Mittleman, 2013).

6.3.8. Deprese a úzkost

Konopí se po tisíciletí využívalo k léčbě duševních onemocnění, deprese, úzkosti a nespavosti. Některé studie naznačují, že tyto poruchy mohou mít souvislost se snížením funkce endokanabinoidního systému. Je pravděpodobné, že THC se díky interakci s CB1 receptory v mozku přímo zaměřuje na pocity deprese nebo je u mnohých pacientů zablokuje. Zajímavé jsou v tomto ohledu studie s kanabidiolem (CBD), které ovlivňuje produkci serotoninu a glutamátu. Nedávný výzkum potvrzuje, že kanabinoidy dokáží zmírnit projevy deprese a nahradit tak běžná antidepresiva (Linge et al., 2016). Užívání antidepresiv zpravidla provází řada nepříjemných nežádoucích účinků, vyvolávají závislost a jejich nadměrné předepisování ze strany lékařů a běžné užívání mezi pacienty je v současnosti diskutováno jako rostoucí problém.

6.3.9. Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Posttraumatická stresová porucha (zkr. PTSP či PTSD) je onemocnění, které spouští prožití extrémního traumatického stresu, zpravidla v situacích, kdy se postižený setkává se smrtí nebo ohrožením života a prožívá stav strachu a bezmoci. Typicky se projevuje vracejícími se vzpomínkami na prožitou událost v podobě náhlých nekontrolovatelných záblesků či nočních můr. Tento stav může vyvolávat stres, úzkosti, deprese, někdy agresivní chování a izolovanost, typická je také emocionální odtažitost.

(Armentano, 2015). Dle některých výzkumů mění PTSP strukturu a funkci amygdaly, která je považována za centrum emociální paměti a strachu (Pitman, Shin, & Rauch, 2001). Pocity účinků konopí v této oblasti popisovali také respondenti mého výzkumu (viz kap. 8.4). Endokanabinoidní signalizace v mozku je u pacientů s PTSP obzvláště silná. Je pravděpodobné, že schopnost kanabinoidů ovlivňovat procesy paměti s účinností léčby souvisí, zejména pak jejich vliv na odstranění podmíněného strachu (Backes, 2016). Výsledky probíhajících studií fyziologických procesů poukazují například na příznivý vliv na celkové zmírnění příznaků nemoci, zlepšení spánku, snížení frekvence nočních můr a příznaků hyperaktivity (Roitman et al., 2014). Za pozornost stojí také účinek čistého kanabidiolu (CBD), který vykazuje značné anxiolytické účinky a může tak pozitivně ovlivňovat stavy úzkosti. Některé práce naznačují, že se jedná o slibný lék ulevující od úzkosti, panické poruchy, sociální fobie či obsesivně kompulzivní poruchy (Blessing et al. 2015).

6.3.10. Porucha pozornosti s hyperaktivitou

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (angl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, zkr. ADHD) neboli hyperkinetická porucha je onemocnění, pro které je typická impulzivita a snížená schopnost soustředění a plánování. Pravděpodobně je způsobena změnou aktivitou neuro-přenašečů v mozku a souvisí s regulací dopaminu. Objevuje se ve třech typech: převážně nepozorný, převážně hyperaktivně – impulzivní a kombinovaný. Léčba těchto obtíží konopím se objevila až v poslední době a pomáhá příznaky nemoci mírně snižovat (Backes, 2016). Je nicméně problematická zejména u mladších pacientů, neboť se stále diskutuje o možném negativním vlivu THC na správný vývoj mozku. V běžné terapii jsou obvykle uplatňovány stimulanty, například amfetamin a antidepresiva. Není výjimkou, že si pacienti v rámci samoléčby pomáhají také dalšími stimulanty. Ať už legálními, jako je kofein a nikotin, nebo ilegálními, např. kokainem nebo amfetaminy (Wilens et al., 2007). Důsledky užívání těchto látek mohou být pro nemocné velmi negativní a je zřejmé, že užívání konopí by v terapii mohlo být ze zdravotního hlediska výhodnější.

6.3.11. Dermatologické obtíže

Konopí se ukazuje jako účinný pomocník při léčbě širokého spektra kožních problémů, od svědění a dermatitid, přes atopický ekzém a lupénku až k možné léčbě kožních nádorů. Endokannabinoidní systém hraje pravděpodobně důležitou protektivní roli při omezování alergických reakcí kůže a bylo zjištěno, že THC snižuje kožní záněty (Klein, 2005). Současné studie se věnují také potenciálu léčby kožních nádorů (Casanova et al., 2003). Konopí je v případě kožních onemocnění aplikováno zpravidla v podobě masti, ale pomáhá také při orálním užití (Backes 2016, 200). Popularita konopné masti a její domácí výroba, je poměrně běžnou praxí (viz kap. 8.3).

6.3.12. Chronická bolest

Jako chronická je charakterizována bolest trvající déle než tři měsíce. Trpí jí v současnosti až každý pátý Evropan a velmi často přitom jde o neuropatickou bolest, která vzniká v důsledku poškození nervů v periferní nervové soustavě (Armentano, 2015). Zhruba třetina případů neuropatické bolesti je pak důsledkem diabetu, způsobuje ji ale také poškození

nervů při chemoterapeutické léčbě, roztroušené skleróze či viru HIV. Projevuje se přemrštěnou reakcí na bolestivé signály anebo pocitem „špendlíků a jehliček“, elektrického šoku, chladu, pálení či nahodilou bolestí bez existence konkrétního podnětu, pouze na základě např. změny teploty. Tělo využívá k regulaci bolesti endokanabinoidní systém. Šíření bolestivých signálů je zprostředkováno právě endokanabinoidy a je možné, že pokud tyto látky v těle chybí, je proces vyrovnání se s bolestí narušen. ES produkuje také analgetické a protizánětlivé účinky, a stimuluje tělo k produkci endogenních opioidů. Konopí pomáhá i v případě bolesti akutní, které provází celou řadu dalších onemocnění, účinky ale nejsou natolik silné jako v případě chronických obtíží (Backes, 2016). Na bolest jsou často předepisovány léky na bázi opiátů (Tramal) nebo nesteroidních protizánětlivých léků (zkr. NSAID), které mají ale řadu závažných nežádoucích účinků, mohou způsobit fyzickou závislost a hrozí riziko předávkování a úmrtí. Zdá se, že kanabinoidy tyto léky účinně doplnit a umocňují jejich účinek, což vede k možnému snížení množství užívaných opiátů (Kazantzis et al. 2016). Studie ukazují, že konopí pomáhá také v případech, kdy je bolest farmakorezistentní a klasická konvenční léčba opiáty nezabírá (Wilsey et al., 2008). Úleva od bolesti byla jednou z nejčastěji uváděných účinků konopné samoléčby také mezi respondenty mého výzkumu (viz kap. 8.4.).

7. Metodologie

V následující kapitole se podrobněji zabývám aplikovanou metodologií a interpretací výsledků antropologického výzkumu samoléčby konopím v České republice, který probíhal v období od 1. 1. 2017 – 1. 5. 2017 a byl založen na kvalitativním dotazníkovém šetření.

Tab. 1: Výzkumný rámec (zdroj: vlastní zpracování)

Strategická výzkumná otázka:	Jakým způsobem se lidé v České republice sami léčí konopím?
Dílčí výzkumné otázky:	<ol style="list-style-type: none">1. Proč pacienti přistupují k samoléčbě konopím?2. Jaká jsou specifika konopné samoléčby?3. Jak samoléčbu ovlivňuje její ilegalita?
Charakter sesbíraných dat	Odpovědi v kvalitativním dotazníku
Předmět výzkumu	Zkušenosti nemocných, kteří se sami léčí konopím v České republice
Výzkumný vzorek	107 respondentů
Strategie výzkumu	Emický přístup
Techniky výzkumu	Kvalitativní dotazník
Metoda výzkumu	Zakotvená teorie

7.1. Sběr dat

Dotazník jsem vytvořila pomocí Google Forms, aplikace volně dostupné on-line. Následně jsem ho publikovala na webových stránkách a sociálních sítích organizací, které se v České republice věnují konopné problematice a kde jsem předpokládala, že se mohou pohybovat nemocní se zájmem o konopnou léčbu. Konkrétně se jednalo o platformy spolku Legalizace.cz, magazínu Legalizace provozovaného společností Legal Publishing s.r.o., a patientského spolku KOPAC. Dále jsem dotazník zaslala prostřednictvím e-mailu lidem, o kterých jsem díky našemu předchozímu osobnímu kontaktu věděla, že se léčí konopím a na jejich doporučení i dalším potenciálním respondentům. Výběr respondentů tedy proběhl

záměrně, samosběrem a metodou sněhové koule (Bernard, 2006). Účast na dotazníku byla dobrovolná a anonymní. Otázky dotazníku zaměřené na charakteristiky léčby byly formulovány otevřeně a respondenti měli neomezený počet znaků na podrobný popis své odpovědi. Otázky zaměřené na získání dat k charakteristice vzorku a filtrační otázky pak byly formulovány jako uzavřené či polouzavřené a nebyly předmětem další analýzy. Využila jsem také výzkumné, projekční a kontrolní typy otázek (Reichel, 2009). Při jejich konstrukci jsem brala ohled na srozumitelnost, používala jsem celé věty, neutrální jazyk a vyhýbala jsem se emočně zabarveným termínům (Sheble & Wildemuth, 2009). Celkem dotazník vyplnilo 111 respondentů, z nichž jsem čtyři respondenty vyřadila z důvodu, že se přímo nejednalo o nemocné, a dotazník vyplňovali za třetí osobu. Celkem jsem do vzorku zařadila 107 osob.

7.2. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořili respondenti české státní příslušnosti, všech věkových kategorií. Převažovala věková kategorie 20–30 let (26,4%), následovala kategorie 30-40 let (21 %), dále pak 60 let a více (18 %), 50-60 let (10%), nejméně zastoupeni byli respondenti mladší 20 let (7 %). Převažující rodinný stav respondentů byl svobodný / svobodná (42 %), ženatý / vdaná (37 %), rozvedený / á (13 %) vdova / vdovec a ostatní (8%). Převážná většina (71 %) dosáhla středoškolského vzdělání, 17 % pak vysokoškolského a 12 % základního vzdělání. Mezi informátory byli studenti, důchodci, programátoři, účetní, barmani, technici, policisté, ženy v domácnosti, OSVČ, stavaři, technici, manažeři, překladatelé a korektoři, umělci, grafici, kuchaři, prodavači, učitelé, architekti, vědci, zedníci i podnikatelé. Podrobnou charakteristiku výzkumného vzorku uvádím v tabulce 1 v příloze této práce.

7.3. Analýza dat

Výsledky dotazníku jsem analyzovala metodou zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové (1999). Analýzu jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Excel. U všech odpovědí jsem prováděla nejprve tzv. otevřené kódování, tím způsobem, že jsem k jednotlivým jednotkám analýzy (které byly definovány délkou jednoho pole pro otevřenou otázku dotazníku) přiřadila určité kódy (tzn. analytické kategorie). Přiřazování kódů probíhalo na základě lokalizace nosných témat v textu a jejich vztahu jak k položeným výzkumným otázkám, tak na základě předchozích znalostí zkoumaného tématu z literatury a osobní zkušenosti. Kódy

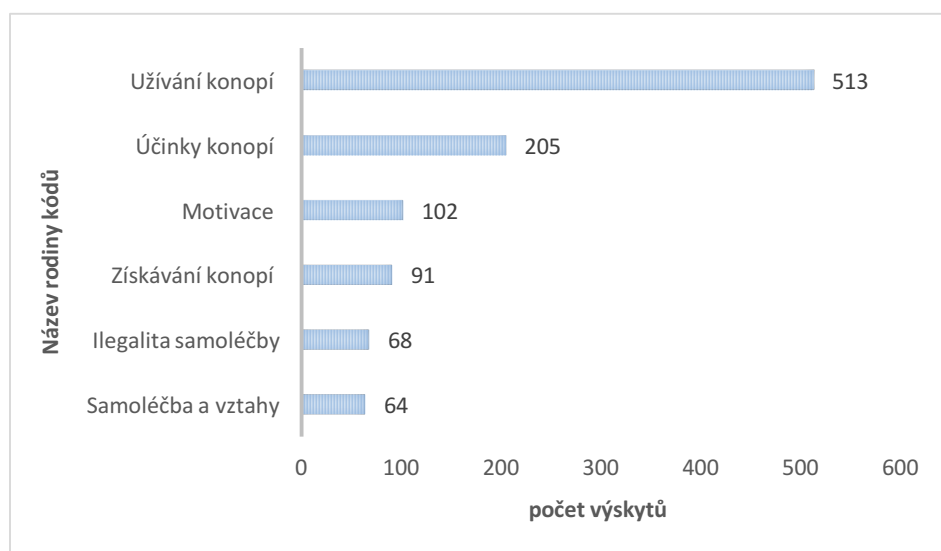
z otevřeného kódování jsem průběžně přesouvala a organizovala s cílem tematického rozkrytí textu. Po kompletní analýze jsem hotové kódy vykopírovala na samostatný pracovní list a ke každému jsem přiřadila identifikační značku respondenta pro možnost zpětného dohledání kódované výpovědi.

Dalším krokem bylo tzv. kódování axiální, kdy jsem jednotlivým kódům přiřazovala kategorie určující jejich význam v kontextu výzkumu. Kódy jsem vybírala z šesti navržených kategorií dle modelu Strausse a Corbinové (1999) dle toho, zda šlo o jev, kauzální podmínky, intervenující podmínky, strategie jednání, následky a kontext. Dále jsem pak kódy z otevřeného kódování roztřídila na základě jejich příbuznosti do abstraktněji definovaných nadřazených kódů a tzv. kódovacích tříd (Hendl, 2008), které postupně utvořily centrální tematické nosníky celé teorie. Tyto rodiny kódů se staly základem paradigmatického modelu teorie.

Následně jsem přistoupila k integraci výsledků pomocí selektivního kódování, kdy jsem identifikovala hlavní témata celého výzkumu a vztahy mezi nimi. Ty jsem určovala na základě kauzálních vztahů mezi zjištěnými kategoriemi v rámci axiálního kódování a také dle zakotvenosti a hustoty otevřených kódů. Za statisticky významné jsem považovala všechny kódy s počtem více než 20 výskytů, selekci jsem prováděla do 10 výskytů kódu.

8. Interpretace dat

Během otevřeného kódování jsem vytvořila celkem 2049 kódů. Graf na obr. 1 ilustruje osm rodin kódů, které byly ve výpovědích respondentů nejvíce zakotveny, tzn. bylo na ně navázáno největší množství dalších kódů.



Obrázek 1: Nejvíce zakotvené rodiny kódů odvozené z výpovědí respondentů. Zdroj: vlastní zpracování.



Obrázek 2: Kódy s nejvyšší hustotou. Zdroj: vlastní zpracování

Na základě propojování mezi koncepty a tématy jsem sestavila paradigmatický model zakotvené teorie, který vysvětluje základní vztahy mezi rodinami témat. Motivace k užívání konopí pramenily z příznaků onemocnění a vedly ke snaze získat konopí. Podobu získávání ovlivnila nedostupnost oficiálního konopí a ilegality samoléčby, která vedly nejčastěji k samopěstování. Účinky získaného konopí, typické úlevou od příznaků onemocnění, pak zpětně ovlivnily zdravotní stav, vztahy s okolím i další formy a strategie v rámci užívání konopí k samoléčbě.

8.1. Utváření motivací k samoléčbě

Jako základní zdroj motivací k samoléčbě konopím jsem identifikovala **příznaky onemocnění**, které respondenti interpretovali v kontextu popisu dopadů širokého spektra zdravotních obtíží na kvalitu jejich života. Nemoc (angl. *disease*) zde nevnímám redukcionisticky jako stav abnormality struktur a funkcí tělesných orgánů a systémů (Eisenberg, 1977), ale v širším smyslu onemocnění (ang. *illness*), jako sociálního fenoménu. Jak popisuje například Helman (1981), onemocnění je soubor strategií nemocného v reakci na zdravotní obtíže, který zahrnuje zvýznamňování původu a povahy problémů z pohledu nemocného i jeho okolí, způsob, jakým tento stav ovlivňuje jeho jednání a konkrétní kroky, jež podniká s cílem zlepšení stavu. Při analýze dat jsem se proto nesoustředila na oficiální diagnózy určené lékařem, ale zaměřila jsem se na komplexní zkušenost s onemocněním, jeho prožívání nemocnými a významem v souvislosti se samoléčbou.

Rozhodování o zahájení konopné terapie vždy vycházelo z kontextu konkrétního onemocnění a následně bylo formováno dalšími okolnostmi, z nichž jsem v datech jako statisticky významné rozpoznala zejména zdroje informací o léčbě – internet, doporučení blízkých a osobní zkušenost s konopím – a nedostatečné účinky konvenční léčby.

8.1.1. Zdroje informací o léčbě

Nejčastěji uváděným zdrojem informací o léčbě byl internet, což dokládá významný vliv informačních technologií na fenomén samoléčby (viz kap. 2.1). Z konkrétních internetových platforem, které pacienti zmiňovali, se objevoval server neziskové organizace Legalizace.cz, z. s., která v českém prostředí informuje o konopí a drogové politice a dále pak portál patientské organizace KOPAC, z. s., který informuje o léčbě a propojuje pacienty léčící se

konopím. Jak uvedl jeden z respondentů, důvodem pro vyhledávání informací on-line může být i nedostatek jiných zdrojů: „*Informace hledám skoro výhradně na internetu – lékař ani lékárník po dotazu [na konopí] nezaujali stanovisko*“ (C080).

Informace o možnosti konopné léčby přicházely často také ze strany rodiny či blízkých, kteří měli s konopím osobní zkušenost. Studentka léčící se z deprese například uvedla: „*Přítel si již nevěděl rady, jak mi pomoci, a jakožto "víkendový" kuřák marihuany mi řekl: "A nechtěla by sis zahulit?"*“ (C072). Podnikatelku, které konopí pomáhá při léčbě alkoholismu, pak na možnost léčby upozornil syn: „*Loni mi syn konopí doporučil hlavně v rámci boje s alkoholem, kdy se podle nových studií mění běžně praktikovaný způsob naprosté abstinence, za způsob nahrazení*“ (C087). V motivaci k vyzkoušení konopí hrála roli také úspěšná léčba podobných problémů u nemocných v blízkém okolí, kteří léčbu svým respondentům doporučili z vlastní zkušenosti. Jak uvedl podlahář léčící si bolesti zad: „*O konopí jsem se dozvěděl od známých, kteří měli podobné problémy a konopí jim pomohlo*“ (C053).

Opakovaly se také výpovědi pacientů, kteří se s konopím a jeho účinky seznámili ještě předtím, než začali se samoléčbou, často na základě předchozího užívání rostliny k rekreačním účelům. Programátor trpící roztroušenou sklerózou ve své výpovědi vysvětluje: „*Byl jsem vždy [od střední školy] rekreačním uživatelem konopí, proto jsem měl prostudované hromady materiálu k tomu. Pro léčebné účely jsem ho začal využívat prakticky hned po tom co mi nemoc diagnostikovali. Informace jsem načerpal dávno před tím, než jsem tušil, že se mě to týká*“ (C009). Jiný respondent, který si konopím léčí potíže po vážné nehodě má podobnou zkušenost: „*Marihuanu jsem zkoušel už před úrazem, takže jsem více méně věděl, jaké má účinky, a jak a na co se da použít*“ (C011). Užívání konopí v době dospívání popisuje nemocný s úzkostnou poruchou: „*V době "puberty" jsem trpěl stejnou fobií. Začal jsem užívat konopí rekreačně. Vedlejším účinkem bylo, že úzkostní projevy na několik let zmizely. Při návratu těchto stavů jsem se rozhodl k užívání konopí opět začít*“ (C025). S předchozím užíváním konopí na bázi rekreace má zkušenost i jiná respondentka. Ta uvedla: „*K léčbě jsem požíla konopí poprvé po několika letech, kdy jsem konopí užívala příležitostně rekreačně s kombinací alkoholu a neměla jsem k němu nikdy preference. První zkušenosti, kdy mé užívání má léčebné důvody, se odvíjejí tedy již od toho, že konopí nemíchám s jinými léky či látkami. Začala jsem velmi malou dávkou a neznámou kvalitou*“ (C087).

Popis náhodného zjištění léčebných účinků při rekreačním užívání popsal další respondent: „*Při zakouření jen tak pro zábavu jsem zjistil, že se mi lépe dýchá a nepotřebuji použít dýchací chemickou záležitost*“ (C092). Mnozí respondenti uváděli při získávání informací také kombinace množství různých zdrojů informací. „*Ze začátku to bylo náhodou. Jako rekreační uživatel jsem na účinky přišel sám a poté jsem si je ověřil na internetu*“ (C064).

8.1.2. Konvenční léčba

Jako konvenční léčbu v kontextu této práce vnímám běžnou farmakologickou léčbu doporučenou ošetřujícím lékařem. Souběžně se samoléčbou ji podstupovalo 67 % respondentů. Léčba byla ve výpovědích hodnocena jako nedostatečná. Následné užívání konopí často vedlo ke snižování dávek běžných léků či k jejímu ukončení. Jak vysvětlil vývojář trpící chronickou bolestí: „*[Konvenční léčba je] nedostatečná, riziková – závislost na bolest tišících opiátech byla nahrazena dostatečným účinkem při užívání konopí proti bolesti a zánětům*“ (C007). Pacientka, které konopí pomáhá ulevovat od příznaků ekzému, uvedla: „*Dlouholetá léčba kortik. mastmi (kortikoidy, pozn. aut.) nic neřešila, jen potlačovala. Problém se stále vracel. Kůži na ruce jsem měla tenoučkou. Stále rozpraskanou. Konopná mast na mě působí tzv. zázračně*“ (C091).

8.2. Získávání rostliny

Získávání konopí bylo tematizováno jak ve smyslu konkrétních strategií jeho obstarávání, tak v negativním vymezení, kdy byla zmiňována nedostupnost rostliny. Hlavními zdroji nedostupnosti byly okolnosti regulace. Dominantní strategií získávání konopí pak jeho samopěstování a nákup na černém trhu.

8.2.1. Nedostupnost konopné léčby

Respondenti uváděli v souvislosti se získáváním konopí především tři faktory, pro které hodnotili konopnou léčbu jako nedostupnou. Primárním byla vysoká cena oficiálního léčebného konopí, dále pak nedostatek lékařů předepisujících konopí a v neposlední řadě také nedostupnost vhodných odrůd k léčbě konkrétních zdravotních obtíží. Cena léčebného

konopí v lékárně se aktuálně pohybuje kolem 300 Kč za jeden gram sušiny dovážené ze zahraničí, na černém trhu je pak stejné množství k dostání zhruba v rozmezí 100–200 Kč. Měsíční náklady na léčbu respondentů se značně odlišovaly v závislosti na spotřebě a formě administrace. Náklady 65 % z nich nicméně nepřekročily částku 500 Kč měsíčně. 50 % respondentů uvedlo, že spotřebují do 10 g konopí měsíčně, je ale třeba vzít v potaz i případy onemocnění, kdy jedinci užívají 40 g konopí měsíčně a více. Zejména zde je zřejmé, že oficiální léčba může překračovat částku 12000 Kč za měsíc. Na vzniklou situaci poukazovali i ti nemocní, kteří by mohli volit oficiální léčbu, pokud by byla finančně dostupnější. Jeden z nich například uvedl: „*Kdybych chtěl, tak bych měl nárok i na lékařské konopí z lékárny. Bohužel nejsem tak bohatý abych si mohl tak drahé léky, které si můžu vypěstovat sám, kupovat*“ (C010). Invalidní důchodce s diagnózou roztroušené sklerózy uvedl: „*Beru 14000 Kč. Potřebuji něco okolo 60 gramů [konopí] za měsíc, což v lékárně představuje za nejnižších cen polovinu mého příjmu. A musím bydlet a jíst, tudíž na to prostředky nemám*“ (C096). Kuchař trpící roztroušenou sklerózou komentoval vysoké náklady na léčebné konopí takto: „*[Konopí je dostupné] pouze na předpis, jen někomu. Za moc peněz, a ještě k tomu nevyhovující model-odrůda konopí! Za takové peníze, co je v lékárně 5 gramů, já můžu [teda díky naší legislativě nemůžu] vypěstovat jednu kytku, která mi vystačí na celý rok*“ (C024)!

V České republice dle aktuálně dostupných informací konopí předepisuje 18 lékařů s oprávněním vydávat elektronické recepty s omezením. Patří mez ně onkologové, neurologové, odborníci z oboru paliativní medicíny, léčby bolesti, revmatologové, ortopedi, infekcionista, internisté, oční a kožní lékaři, geriatři a psychiatři. Celkem 29 lékáren pak konopí vydává (SAKL, 2017).

Problematizován byl také přístup lékařů a informovanost o konopné léčbě. Jak situaci shrnul stavař, kterému léčba pomáhá s nespavostí: „*Je málo konopných lékáren a doktorů, kteří se nebojí konopí předepisovat svým pacientům. Pořád přetrvává názor: přece nebudete brát drogy. Vám na to předepíšu nějaké prášky*“ (C021). Podobně se ve své výpovědi vyjadřuje obchodník trpící Hodgkinovým lymfomem: „*Málokterý doktor to [konopí] předepíše, natož aby to sám nabídl, a pak na to stejně pacient většinou nemá peníze. Je to 3x dražší než na černém trhu*“ (C036). V odpovědích se objevovalo také odhodlání pacientů k prosazení samoléčby i přes případný nesouhlas lékařů, což dokládá iniciativní přístup nemocných při řešení vlastního zdravotního stavu: „*Mí lékaři [onkolog, obvodák, neurolog] o léčbě konopím vědí také – ti mi to především nerozmlouvají, což kvituji s povděkem, ale je pravdou,*

že to jsou mí dlouholetí kamarádi. Vědí i to, že se chystám užívat preventivně ony [konopné] výtažky. Ne, že by mi to nadšeně schvalovali, ale aspoň nejsou proti. Stejně by mě to neovlivnilo“ (C086). Na nedostatek předepisujících lékařů si stěžoval také invalidní důchodce s diagnózou psoriatické artritidy: „Lékařů předepisujícím konopí je v mém okolí minimum, od cizího člověka koupit to je risk, takže v mém případě špatná dostupnost [konopí] (C047). Podobně situaci vnímá umělec, kterému bylina ulevuje od úzkosti a pomáhá s nespavostí: „Horší to být nemůže, nikde nic neprodávají a tam, kde jo, je to drahý. Hledat lékaře, kterej [konopí] předepíše je nemožný. Měla by být možnost kupovat si ho jako Ibalgin. V tom je víc bordelu a čistá chemie“ (C090).

Ve výpovědích týkajících se dostupnosti oficiální léčby dále figurovaly stížnosti na nedostatečný počet diagnóz, na které je konopí předepisováno, a také na nedostatečný počet dostupných odrůd. Jak popisuje podnikatel trpící chronickou bolestí: „Konopí není dostupné ve více varietách s různým poměrem kanabinoidů, možnost předepsání jen na několik málo diagnóz, pro většinu pacientů vysoká cena“ (C020). Podobně aktuální situaci s oficiální konopnou léčbou vnímá obchodní zástupce, kterému tato bylina ulevuje od příznaků panické poruchy: „Konopí vám předepíše jedině když máte rakovinu, nebo Alzheimeru. Na psychické poruchy se nebere zřetel, i když mně osobně to prokazatelně pomáhá“ (C013).

Celou situaci shrnuje respondent trpící atopickým ekzémem: „Ano, lékaři sice můžou předepisovat léčebné konopí, ale většině se do toho moc nechce a když už jej někomu předepíšou, tak další věc je funkčnost dodávek do lékáren, a hlavně jeho cena. Pro většinu pacientů si myslím, že je jednodušší a dostupnější si jej obstarat na černém trhu“ (C033).

Vina za nedostupnost konopí byla často připisována státní správě. Pacientka po operaci karcinomu komentovala dostupnost konopí k léčbě následovně: „Příšerné, morálně neobhajitelné, ostuda zodpovědných! Vinu vidím především na úrovni ustrašených úředníků, kteří se raději schovají za kdejaké hloupé nařízení, jen aby na nich neulpěla možnost jakési viny. Viz prodej konopí oficiálně v lékárnách – to není politické selhání, to je selhání vyššího úřednictva a jeho zkorumpovanost“ (C086).

8.2.2. Samopěstování konopí

Nejčastěji zastoupeným kódem v rodině týkající se zdrojů konopí bylo samopěstování. Jako samopěstování jsem na základě výpovědí identifikovala soubor praktik, zahrnující pěstování, sušení, skladování a další zpracování rostliny, které vede k maximalizaci jejích

účinků pro další využití. Pěstování rostlin ve venkovních podmínkách je v České republice možné venku (tzv. *outdoor*) od března do října, kdy stihne vyrůst a dozrát jeden cyklus běžných rostlin a až dva cykly rostlin označovaných jako samonakvétací (viz níže). Další variantou je pěstování rostlin uvnitř pod umělým osvětlením (tzv. *indoor*), které je možné celoročně, ale vyžaduje pořízení nákladného vybavení. Nákup a prodej semen konopí je v České republice legální. Na trhu se běžně objevují semena stovek konopných odrůd, zpravidla dovážených ze zahraničí.¹⁴ Jejich ceny se velmi liší, jedno semeno lze pořídit přibližně od 50 do 250 Kč. Průměrný výnos z jedné rostliny konopí je pak 50 až 500 g, při pěstování rostlin venku to ale může být i více.

V souvislosti se samopěstováním se objevuje také specifická terminologie. Tzv. feminizované odrůdy jsou druhy konopí geneticky upravené tak, aby z nich vyrůstaly pouze samičí rostliny, jejichž květenství obsahuje vyšší obsah účinných látek. Za tzv. regulérní odrůdy jsou považovány takové, ze kterých vyrůstají přirozeně samičí i samčí rostliny. Trendem posledních let jsou pak tzv. samonakvétací odrůdy (angl. *autoflowering*), které vznikly křížením s konopím rumištním (*Cannabis ruderalis* Janisch) a jejichž květy dozrávají za určitý počet dní, obvykle 60 až 70. Jsou menšího vzrůstu, jejich pěstování je poměrně nenáročné a méně závislé na klimatických podmínkách. Během jedné sezóny stihnou v podmínkách České republiky při pěstování venku dozrát až dva cykly samonakvétacích rostlin.

Z výsledků mého výzkumu jednoznačně vyplynulo, že samopěstování aktuálně představuje klíčový zdroj konopí pro samoléčbu. Důvody k volbě této strategie shrnuje programátor s diagnózou roztroušené sklerózy: „*Vím přesně jakou mám doma rostlinu, co obsahuje, čím ji hnojím a zalévám, kolik dostala světla a tepla a v jaké je půdě. Neměl jsem nikdy potřebu jít do lékárny a vyhazovat peníze za něco, co si mohu doma vypěstovat sám ve stejné kvalitě*“ (C009).

Obvyklé bylo zejména pěstování venku, jak uvedl barman užívající konopnou mast na zmírnění příznaků atopického ekzému: „*[Konopí získávám] u babičky na zahradě pěstováním ve skleníku a také ve volné přírodě* (C004). Je zřejmé, že pacienti jsou o typech konopí a jeho pěstování informováni a stejně tak i o možném riziku trestního postihu:

¹⁴ Typicky ze Španělska nebo Nizozemí, kde legislativa produkci semen částečně umožňuje (pozn. aut.).

„Vypěstuji pár automatů¹⁵ a max. dvě venkovky.¹⁶ Dosud jsem neměl žádné problémy s policií.“ (C092).

Samopěstování nebylo pro respondenty výhradním zdrojem konopí. Zmiňovány byly často také kombinace různých zdrojů. Statisticky významné pak byly zmínky o nákupu na černém trhu. *„Jako Fénixovy slzy s kupuji, jinak své pomocí si pěstuji“ (C043).* Samopěstování může být pro některé pacienty náročné nejen kvůli stresu z možnosti trestního postihu (viz kap. 5.3), ale také z hlediska nutnosti péče o rostliny. Jak kriticky komentuje respondent trpící atopickým ekzémem: *„Je s tím hrozný práce – ať už s pěstováním, výrobou léku, nebo získáním informací o způsobech léčby a dávkováním. Mělo by to být tak, že dostaneš od doktora recept, vysvětlí ti, jak dávkovat a co dělat, když se předávkuješ, a v lékárně si vyzvedneš hotový výtažek zaplacený zdravotní pojišťovnou“ (C033).*

8.3. Užívání konopí

Kódy týkající se užívání konopí byly ve výpovědích respondentů zastoupeny s nejvyšší četností. Ve výpovědích jsem identifikovala dvě dominantní strategie samoléčby v kontextu jejího zařazení do běžného života, které často stojí proti sobě a vyvolávají konfliktní situace. Jde o (1) užívání jako reakci na akutních příznaky onemocnění a (2) snahu omezit užívání na dobu volna a odpočinku.

8.3.1. Strategie samoléčby

Momentální rozhodnutí užít konopí je často vyvoláno nástupem akutních nepříjemných stavů souvisejících s onemocněním a snahou o jejich odstranění. Podnikatel trpící těžkou formou deprese uvádí: *„Například každé ráno vstanu, říkám si, že jsem zbytečný, že je zbytečné žít. Ovládá mě strach ze života s chutí ho ukončit. Tak si zakouřím trochu konopí a uleví se mi a tyhle myšlenky a pocity zmizí“ (C098).* Administrativní pracovník trpící poruchou příjmu potravy pak popisuje: *„Ráno mívám problém s příjmem jídla, jakékoliv sousto ve mě vyvolává dávení ke zvracení, po 2-3 šlukách konopí a zhruba 30 minutách problém odezní a já se mohu bez problému najíst. Podobným způsobem někdy řeším i večerní nechut' k jídlu. Nejde však o každodenní pravidlo“ (C008).*

¹⁵ Slangový výraz pro samonakvétací odrůdy (pozn. aut.).

¹⁶ Slangové označení pro rostliny pěstované ve venkovních podmínkách, pozn. aut.).

Klíčový moment, kdy se rozhodne užít konopí popsala například studentka, trpící depresivní neurózou: „*Deprese mi ovlivňuje můj osobní i pracovní/studentský život. Jde o to, že když na mě přijde, nejsem schopná fyzické aktivity. Jsem přepadlá a většinou brečím – možná i bezdůvodně. Nedokáži racionálně myslet a ‚vše je špatně‘. Většinou tyto stavy přijdou k pozdnímu odpoledni po náročném dni (...) Pokud mám záchvat úzkosti, velmi mě bolí hrudník a mám pocit svazování, někdy i lapám po dechu. Po vykouření marihuany se mi okamžitě uleví a pocit na hrudníku ustoupí. Jsem komunikativnější a mám mnohem lepší náladu. I když nejde říct, že by úzkost ustoupila na 100 %*“ (C072). Respondent trpící roztroušenou sklerózou pak popisuje: „*Přes den, pokud se mi objeví obtíže, jdu si ubalit jointa a vykourím ho, případně použiji vaporizér¹⁷, jsem-li v domě*“ (C096).

Spouštěčem k užítí konopí může být také nástup nežádoucích účinků konvenční léčby. Jak ilustruje výpověď respondenta s roztroušenou sklerózou: „*Po aplikaci léčebné injekce Avonex mi pomáhá zvládat chřipkové příznaky, bolesti kloubů a zimnice. Prohlubuje spánek, takže se druhý den cítím o hodně odpočatější a schopnější. Zahání občasné bolesti hlavy. Celkově zlepšuje náladu. (...) Místo prášků si dám vaporizér a výsledek je lepší*“ (C025).

Druhou dominantní strategií nemocných je snaha vyhradit samoléčbu na dobu odpočinku, kdy není nutné vykonávat činnosti vyžadující soustředění, zejména pak mimo pracovní dobu. Tato motivace je ovlivněna některými účinky rostliny. Jak popisuje svou samoléčbu technik trpící Crohnovou nemocí: „*Užívám výtažek ve velikosti špendlíkové hlavičky – v jídle. Většinou pouze večer, protože při užívání ráno jsem cítil ospalost*“ (C043). Jiný respondent popisuje: „*Večer před spaním [užívám konopí], pokud ráno nemusím do práce a v noci mne přepadne nespavost tak i tehdy*“ (C026). Technolog trpící Tourettovým syndromem rekonstruoval běžnou situaci, kdy konopí užívá, následovně: „*Ideálně, když je poklidný večer a vím že už nikam nemusím řídit tak si umotám cigaretu, popřípadě použiji vaporizér*“ (C064). Strážný trpící roztroušenou sklerózou uvedl: „*Snažím se udělat většinu své práce udělat dopoledne, kdy bývá můj stav velmi dobrý, po obědě většinou užívám první konopí, potom už se mi moc pracovat nechce, ale po hodině přemlouvání se jsem schopen dále fungovat*“ (C096). Pouze večer užívá konopí také programátor trpící úzkostnou a depresivní poruchou: „*Konopí užívám pouze před spaním a přes den žádné negativní příznaky nepociťuji, maximálně přetrvávající mírnou relaxaci svalů*“ (C100).

¹⁷ Viz kap. 8.3.2.

Situaci, kdy dochází k rozporu strategií a snaze o integraci obou přístupů, ilustruje výpověď kuchaře trpícího vysycháním kloubního vaziva: „*Za předpokladu, že mám pracovní dobu od 7 hod do 16 hod, a mám bolesti, tak v tomto případě žádné konopí, ale 2 až 5, nebo 6 tabletek nějakého silného prášku, který trochu a občas pomůže. Na řadu přichází nechut k jídlu a přidají se i bolesti hlavy. Většinou bolesti přetrvávají a jsem nucen odejít i z práce dřív. Pokud, ale odcházím po práci v 16 hod, spěchám domů, abych si smotal jointa a většinou je po vykouření [1/3 až 1/2 jointa] účinek okamžitý a když se cca po 1 hodině cítím vysvobozený a uvolněný od veškeré bolesti, tak se hned taky pustím do nějakého jídla. Většinou si pak smotám druhého jointa a během večera si ho pokužuji, než jdu spát [cca do půlnoci]*“ (C044).

8.3.2. Způsoby administrace konopí

Ze způsobů užívání konopí bylo nejčastější kouření sušených květů a topické užití v podobě konopné masti. Dále se pak s porovnatelným zastoupením objevovala vaporizace a přidávání byliny či jejích derivátů do jídla. Vzácněji bylo zastoupeno užití konopného výtažku (tzv. Fénixovy slzy, zkr. FS). Co se týče frekvence, 57 % respondentů užívalo konopí na denní bázi, 34 % pak týdně, 9 % několikrát za měsíc a ostatní méně často.

Konopí bylo nejčastěji kouřeno v podobě balené cigarety, tzv. jointu nebo v dýmce. Při tomto způsobu užití dochází k velmi rychlému nástupu účinků, které se projevují v řádu 5 až 15 minut. V krvi je THC měřitelné již pět sekund po vdechnutí (Backes, 2016). Tento způsob užívání s sebou nese celou řadu závažných rizik. Při spalování konopí vzniká, stejně jako při spalování tabáku, oxid uhelnatý a dehet. Vdechování kouře pak způsobuje stažení průdušek a může vyvolat kašel a vést k nadměrné tvorbě hlenu. Přispívá také k poškození buněk v plicích a tím usnadňuje vznik bakteriálních, virových i plísňových infekcí. V České republice je velmi obvyklé míchání sušeného konopí s tabákem, který může zvyšovat riziko vzniku rakoviny (viz. kap. 5. 5).

Zdravější formou inhalace konopí je vaporizace. Jde o způsob užívání bylin za pomoci speciálního přístroje, tzv. vaporizéru, který zahřívá sušinu či extrakt na teplotu, kdy se z ní uvolňují účinné látky, ale nedochází ke spalování, což je výhodné nejen s ohledem odstranění rizik souvisejících se spalováním, ale také pro zachování komplexnějšího obsahu účinných látek v páře. Vaporizace dostává kanabinoidy i terpeny do krevního řečiště stejně

rychle, jako kouření. Přístroje jsou k dostání v různých velikostech a s různými typy regulace.

Užívání konopí v jídle má řadu výhod, ale i významných negativ. Ústně podávané konopí začíná působit přibližně po 30 až 90 minutách od užití a jeho účinky přetrvávají až dvakrát déle, než v případě vaporizace či kouření. Problematický je v případě orálního užití odhad správného dávkování, kdy může mít nadměrná medikace výrazné psychoaktivní účinky (viz kap 7.3.3).

Konopný extrakt, označovaný také jako Fénixovy slzy, je silně koncentrovaný výtažek z rostliny, který obsahuje vysoké množství účinných látek. V domácích podmínkách je získáván zpravidla alkoholovou extrakcí. V průmyslových podmínkách je často využívána extrakce za pomoci CO₂. Způsobů výroby je ale mnohem více, například za pomoci butanu či vysokého tlaku (Backes, 2016).

Velmi oblíbené je v českém prostředí využití konopné masti. Jde o macerát konopí v tukovém základu, nejčastěji ve vazelině nebo v rostlinných olejích. Topická aplikace masti nevyvolává psychoaktivní účinky. Osvědčuje se při léčbě dermatologických obtíží a užívána je také proti bolesti, zánětům a k uvolnění ztuhlých svalů.

Ve výpovědích respondentů byla poměrně častá kombinace různých způsobů administrace. Jak vysvětluje obchodnice z Prahy, trpící premenstruačním syndromem s migrénou: „*Před menstruací přibližně týden vaporizuji a mažu si podbřišek mastí. Pokud se i přesto přidají bolesti hlavy, tak si mažu i hlavu, a v případě křečí břicha přidám čípek, až dva denně, a přidávám si konopí do jídla*“ (C057). Pacient trpící fibromyálií vysvětluje: „*Každý den mažu bolestivá místa mastí, o víkendy, kdy nemusím brzo vstávat užívám na noc FS, někdy se mažu nebo užívám konopnou tinkturu*“ (C034).

Respondenti před kouřením často preferovali vaporizaci. Běžnou situaci popisuje programátor, kterému konopí ulevuje od příznaků roztroušené sklerózy: „*Tak obden používám vaporizér [stolní Volcano nebo Magic Flight Launch Box, nebo GPen] sednu si k TV, zavaporizuju a až začne konopí zabírat, jdu si lehnout a spím. Případně si dám konopnou čokoládu a zase zalehnu. Pro tyto účely využívám vysoké CBD rostliny*“ (C009). Časté byly zmínky o upřednostnění této metody s ohledem na škodlivé dopady kouření: „*Vždy vaporizuji, abych snížil vedlejší účinky kouře*“ (C091). Pořízení vaporizéru ale může být otázka až tisíců korun, a proto tato metoda není dostupná všem. Někteří respondenti proto volí také metodu užívání konopí v jídle. Jak si stýská účetní,

kterému konopí ulevuje od bolesti: „Když mám bolesti, zapálím si brčko¹⁸ anebo když mám potraviny z konopí, tak raději jím. Přece jen, kouř je kouř a vaporizér si nemohu dovolit. Už samotné konopí je drahé a nemohu si dovolit ani tolik, co bych potřeboval“ (C108). Další respondent vysvětluje: „Přidávám si špetku konopné masti přímo do polévky (...) Zpočátku aplikace konopí do polévky jsem pocítil úlevu od bolesti a v noci jsem se opět vyspal. Jsem odnaučený bývalý kuřák a mám obavy z užití konopí při kouření, abych se k tabáku nevrátil“ (C056).

Mast bývá často aplikována k zmírnění příznaků roztroušené sklerózy. Jak uvedl důchodce trpící tímto onemocněním: „V případě bolesti kloubů mazání masti na bolavá místa, v případě spasmů natírání postižených svalů, každý den před spaním natírání nejvíce postižených dolních končetin výluhem v Alpě“ (C094). Podnikatel, kterému konopí pomáhá ulevovat od astmatu a bolesti kloubů popsal: „Po namazání mastí z konopí [domácí] se dostaví se úleva a druhý den je mi o 75 % lépe. Při astmatu po zakouření dojde k uvolnění všech svalů, včetně průdušek a lépe se usíná. Potřebuji méně hodin spánku“ (C092).

8.3.3. Dávkování konopí

Určování vhodné dávky konopí bylo v kódech nejčastěji zastoupeno ve smyslu intuitivního, na aktuálním pocitu založeného rozhodování, případně pak na předchozí zkušenosti s užíváním. Obvyklým postupem v případě kouření či vaporizace bylo postupné užívání malých dávek konopí až do nastoupení požadovaného stavu, což pomáhalo také k optimální regulaci změněného stavu vědomí. Jak je patrné z výpovědi respondentky trpící depresí: „Většinou chci ještě po vykouření fungovat, proto si jen párkrát potáhnu. Většinou poznám, kdy mám dost“ (C073).

Časté byly výpovědi, kdy nemocní nacházeli správné dávkování na základě pokusu a omylu, jak uvádí kuchař trpící roztroušenou sklerózou: „Poprvé sem nezaznamenal žádný účinek, podruhé jsem zvýšil dávku a byl jsem chvíli takzvaně vyschízovanej, hned poté přišlo celkové uvolnění. Pak jsem se snažil získat co nejvíce informací o odrůdách, obsahu THC/CBD, indika/sativa, a postupem času jsem si pro sebe našel vhodnou odrůdu“ (C024). Typické bylo dávkování odhadem, jak popisuje programátor se stejnou diagnózou: „Nejčastěji vaporizuju, takže [dávkuji konopí] "od oka", v jídle pak dělám už delší dobu fénixovy slzy,

¹⁸ Slangový výraz pro konopnou cigaretu (pozn. aut.).

které míchám do čokolády, podle prvního ochutnání pak zvýším nebo snížím kousek který si vezmu“ (C009). Podobný postup ilustruje také výpověď respondentky s PTSP: „Vyhovuje mi inhalovat opravdu pouze malé množství, dávku určuji intuitivně, pocitově, a funguje mi to tak dobře“ (C001).

Kontrola dávkování se ukázala jako problematická zejména v případě užití konopí v jídle. Jak je ilustrováno v popisu experimentu s cílem najít správné dávkování respondenta trpícího diabetem: *„Po požití surové materie polykané v kapsli se po dvou hodinách dostavila nevolnost v přímé úměře k množství pozřené látky. Lepší byla aplikace na noc, kdy se nevolnost dala zaspat. Až do okamžiku, kdy jsem špatně odhadl množství a přivodil jsem si v noci stav blízký ‚klinické smrti‘. Nicméně jsem přežil a experiment jsem cca po třech nedělích ukončil. Druhý pokus jsem učinil s cca 20 až 40 % roztokem drogy v 96 % alkoholu. Užíval jsem po kapkách. Hranice, kdy jsem byl bez nepříjemných doprovodných příznaků, bylo 18 kapek. Druhý experiment jsem bez viditelného úspěchu ukončil po cca měsíci s tím, že se raději poradím s odborníkem. Proto se také zde účastním“ (C069).* Podobnou zkušenost popisuje důchodce, který konopí užívá k úlevě od Parkinsonovy nemoci: *„Konopí rozpuštěné v sádle jsem si namazal na 2 krajíce chleba a 2 dny jsem potom v kuse spal. Manželka chtěla volat lékaře, ale měla strach, jak to vysvětlí. Po odeznění jsem se poučil a další bez problémů“ (C056).* Je zřejmé, že pacienti na vlastní pěst experimentují i z důvodu nedostupnosti oficiálního poradenství ohledně dávkování u lékaře. Ačkoliv se konopím nelze smrtelně předávkovat, vysoké dávky mohou, jak ilustrují uvedené výpovědi, vyvolat velmi nepříjemné stavy. Některým typickým účinkům rostliny na vědomí se věnuji v následující kapitole.

8.4. Účinky konopí

Výpovědi týkající se působení konopí procházely napříč všemi daty a představovaly druhou nejzakotvenější rodinu kódů. Respondenti je uváděli v souvislosti s popisem svého zdravotního stavu, dopadů léčby na osobní i pracovní život a zkušenostmi s terapií širokého spektra různých onemocnění. Mezi nejčastěji navázané kódy patřila úleva od konkrétních zdravotních obtíží, změněný stav vědomí a vliv konopné léčby na celkové zvládání vlastního onemocnění.

Ve výpovědích se v souvislosti s užíváním konopí objevovala specifická terminologie, která se běžně užívá také v literatuře určené pro pacienty (Backes, 2016). Jako odrůdy typu

*sativa*¹⁹ jsou obecně označovány odrůdy s vysokým obsahem THC a nižším obsahem CBD, které vzbuzují aktivní energický stav (angl. *high*). Pacientům je doporučováno je užívat přes den. Odrůdy typu *indika* jsou označovány odrůdy, které navozují stav uvolnění (angl. *stoned*) a působí proti bolesti. Jsou vhodnější k užívání večer. Jako *technické konopí* jsou obvykle označovány odrůdy konopí setého (*Cannabis sativa* L.), které obsahují THC v míře do 0,3 % a nemají typicky psychoaktivní účinky. Jsou pěstovány především k hospodářským účelům, ale své místo mají i v léčbě. Z jejich sušených květů se vyrábí např. čaje nebo koupele k uvolnění svalů.

8.4.1. Úleva od příznaků onemocnění

Základním pocitem při popisu účinků konopné samoléčby patří úleva, která byla dle kódů zmiňována v sestupném pořadí jako úleva: od bolesti, ztuhlosti, nechutenství, nespavosti, úzkosti, deprese a kožních potíží. Působení konopí bylo nicméně popisováno komplexně. Jednotlivé účinky nelze oddělovat. Jak ukazuje například výpověď respondenta s roztroušenou sklerózou, který popisuje okamžité účinky už po prvním užití byliny: „*Snad po měsíci jsem se poprvé pořádně najedl, povolily mi bolesti a usnul jsem jako nemluvně. Ráno jsem se vzbudil s příjemným pocitem, a hlavně jsem nemyslel na to, že jsem nemocný a že mě čeká chemo*²⁰ *a ozařování*“ (C009).

Jak jsem blíže popsala v kapitole 6, konopí pomáhá některým nemocným zvládat stavy související s chemoterapií. Mimo bolesti jde zejména nechutenství či nauzeu. To popisuje i obchodnice, která konopí užívala v průběhu léčby rakoviny mizních uzlin: „*Po chemoterapiích většina pacientů trpěla mnohem více než já, nemohli jíst ani oblíbená jídla, já po požití marihuany mohla jíst normálně, netrpěla jsem bolestmi ani depresí (...) chemošky jsem díky konopí zvládala mnohem lépe než pacienti, se kterými jsem se na onkologii potkávala*“ (C037).

Mezi nejčastější indikace konopí patří bolest, zejm. pak chronické stavy (viz kap. 5.3.12). Vyskytovaly se popisy úlevy od banálnějších stavů a bolesti např. při běžném nachlazení, až po dlouhodobou intenzivní bolest. Zámečník užívající konopí k léčbě chronické bolesti

¹⁹ Tento termín převzatý z angličtiny se zažil i v českém prostředí, ale řada současných odborných publikací zaměřených na konopnou léčbu ho do češtiny stále překládá jako „konopí seté“, což může působit matoucím dojmem (např. Backes, 2016). V praxi se výraz „konopí seté“, jako ekvivalent anglického výrazu „*sativa*“, nepoužívá (pozn. aut.).

²⁰ Slangový výraz pro chemoterapii (pozn. aut.).

a migrén se vyjádřil takto: „[Po užití konopí] hlavně zmizí ta hrozná bolest hlavy při migréně, kvůli které jsem musel polykat spousty léků. Ted' stačí cca 10 min vaporizovat konopí, a je po bolesti. Navíc, jelikož jsem sportovec, tak zmizelo napětí a křeče ve svazech“ (C005).

Typické je užívání konopí k dosažení úlevy jak v případě akutní bolesti, tak preventivně pro udržování mírného stavu obtíží, které popsal podnikatel trpící chronickou bolestí: „Od té doby, co užívám konopí, je intenzita bolesti menší a bolest přichází méně často. Pokud se objeví, tak konopí bolest utlumí na velmi snesitelnou úroveň. Předtím, než jsem začal užívat konopí, bylo nutné užít léky proti bolesti až 2x do měsíce, nyní jsem užil 1x za rok. (...) užívám v případě akutní bolesti i jako prevenci před bolestí“ (C020).

Využití při léčbě akutních stavů popisuje jiný respondent takto: „Uvolňuje svalstvo, uklidňuje mysl a třeba při chřipce úplně potlačuje vedlejší příznaky nemoci jako bolesti kloubů, kůže a hlavy“ (C026). Často se objevovaly také popisy problémů s nespavostí, jak uvedl podnikatel trpící astmatem: „Mohu spát, mohu přemýšlet čistě bez temných myšlenek. Mám znovu chuť k jídlu a bolesti se mi vždy uklidní“ (C093). Často byly zastoupeny popisy úlevy od dermatologických problémů, které patří mezi další oblast častých indikací konopí (viz kap. 5.3.11). Pozitivní výsledky využití konopné masti při terapii atopického ekzému popsal jeden z respondentů takto: [Konopí ovlivňuje stav] velmi příznivě, ekzém zmizel. Problémy se suchými mapami kůže na obličeji už se objevují jen velmi zřídka“ (C022). Podobné účinky dokládá také následující výpověď: „U atopického ekzému došlo téměř okamžitě ke zmírnění příznaků, až k úplnému vyléčení, u deprese velká úleva po ústupu vnitřního napětí“ (C016).

Významný je vliv samoléčby na psychické stavy. Nejčastěji se v tomto smyslu objevovala zmínka úlevy od úzkostných poruch a depresí (viz kap 5.3.8), ale také zlepšení nálady a celkového pocitu psychické pohody. Zejména ve výpovědích týkajících se závažnějších onemocnění byl nástup tohoto účinku velmi vítán. Respondent trpící roztroušenou sklerózou na toto téma uvedl: „Hlavně psychický stav, kde jsem viděl že všechno pro mě končí a sype se mi život, díky trávě mi to bylo příjemně jedno a překonal jsem díky tomu opravdu těžké období. (...) Dávno jsem se s onemocněním smířil a přisuzuju to právě konopí. Bez něj bych se daleko dýl užíral tím, že jsem nemocný a nemůžu to a ono. Moc mi to pomohlo hlavně po této stránce“ (C009). Konopí se dle mých respondentů osvědčuje také v terapii traumatických stavů, včetně PTSP. Překladatelka, která samoléčbu konopím užívá na problémy spojené právě s posttraumatickou stresovou poruchou uvádí úlevu od strachu.

Podrobně to popisuje ve výpovědi o své první zkušenosti se samoléčbou: „*Cítila jsem, jak se mi rozjasňuje mysl a nahromaděná energie [strach a úzkost] se dá rozdýchat a já se mohu do života ‚položit‘, což jsem i fyzicky udělala. Pak jsem odpočívala (což mi běžně stres úplně nedovoluje) a účinek do hodiny odezněl. Bylo pro mne důležité otevřít psychiku, dostat se do hlubší roviny, odčerpat trochu strachu, který v sobě mám následkem traumatických událostí. Na druhý den jsem neprožívala obvyklý stres. Připadalo mi, že mám vyčištěnou hlavu, že to mám ‚v hlavě srovnané‘. Cítila jsem po dlouhé době spokojenost a radost*“ (C001). Zdá se tedy, že konopí má potenciál poskytovat pacientům pocit uvolnění nejen na fyzické, ale také na psychické úrovni.

8.4.2. Změněný stav vědomí

Psychoaktivní účinky konopí a obavy z jejich zneužití jsou hlavním důvodem vnímání rostliny jako drogy, její illegality a obav, které jsou s užíváním spojeny. Nejčastěji popisovanými pocity bylo zostření smyslového vnímání, fyzické a psychické uvolnění, pocit štěstí či euforie, zvýšení chuti na sex, změny vnímání času, celkový útlum, ospalost a zklidnění. Většina pacientů tento změněný stav vědomí hodnotila pozitivně a někteří uváděli jeho terapeutický potenciál, přinášející psychickou úlevu.

Podrobně stav popisuje překladatelka, která po užití konopí zažívá následující: „*Nejdříve úzkost a chaos, strach ze síly života, který je ale zároveň jako probuzení z nějakého limbu, jako bych žila víc, intenzivněji, na vyšší úrovni než běžně. A to mne ze začátku často vyděsí. Ta změna. Pak přijde pocit tělesného uvolnění a uvědomění si, že mne nikdo nekontroluje, že se nikdo nedívá, že si můžu dělat co chci. Často se svléknu do naha a jen vnímám svoje tělo takové, jaké je – to je pro mne silně terapeutické. Často mne napadne nějaká melodie, takže si zpívám. Mám jakoby otevřenou – tzn. vnímavou – mysl a cítím teplo a lásku. Mám chuť někoho obejmout nebo vedle někoho, koho mám ráda, jen tak ležet. Často mám chuť na sex. Moje sexuální prožívání po požití konopí je daleko hlubší a intenzivnější, konopí na mne působí jako afrodiziakum. Co se myslí týče, procházejí mnou myšlenky jako by protékaly a jako bych byla jen přijímač. Často mne napadají směšné věci, a neobvyklá inovátorská a geniální řešení mých životních situací. Všechno mi připadá jasné*“ (C001).

Stav uvolnění a navození příjemných pocitů popisuje nemocný, který konopí užívá k léčbě rakoviny: „*[Po užití konopí nastává] hlavně naprosté uvolnění – fyzické ale i psychické, dále pak euforie, zesílené vnímání hudby, jídla a vůní. Nabádá k přemýšlení a kreativě*“ (C024).

Vliv na přemýšlení a uvolňující vnitřní reflexi vysvětluje jiný respondent: „*Pokouřím [konopí] a rozeberu při tom uplynulé dění. Anebo pouze jen ležím se zavřenýma očima. Dostanu se pak do zvláštního stavu, kdy vidím různé odpovědi na otázky, které si dost dobře nelze zapamatovat, ale navozují v duši klid*“ (C071).

Objevují se také popisy změny ve vnímání času, jak popisuje grafička trpící roztroušenou sklerózou: „*[Po užití konopí zažívám] posuny vnímání času, zvuku a prostoru. Pro mě je ovšem nejdůležitější pocit propojení všech částí mého těla v celého člověka, pocit volnosti a lehkosti*“ (C048). Tento vliv dosvědčuje také výpověď umělce, kterému konopí pomáhá od úzkosti a nespavosti: „*Hodně lidí říká, že vás ‚tráva‘ zpomalí, nicméně já si myslím opak. Přišlo mi, jak kdybych měl dvojnásobný čas na každou myšlenku, možná proto pak lidé pod vlivem konopí vypadají zpomaleně – déle věci promýšlí. Mně tato změna v práci ani v běžném životě nijak neomezuje*“ (C90). Kuchař užívající konopí proti bolestem popsal svou první zkušenost se změněným stavem konopí následovně: „*Jednou v sobotu večer přišel kámoš na návštěvu, nebylo nic moc kam zajít, tak jsme začali hrát Monopoly. Kámoš se zeptal, jestli jsem už někdy trávu/konopí kouřil? Já samo sebou řekl, že ještě nikdy, a mezi hrou nějak umotal jointa a spontánně jsem ho s ním vykouřil. Měl jsem na stole indiánka (zákusek), který začal normálně na tom stole tančit. Všechny možné smysly jsem měl tak o 200 % jasnější, jako třeba humor, chutě, vůně, hudba, empatie, kreativitu*“ (C044). Knihkupec, kterému konopí pomáhá s úlevou od strachu, také vnímá zostření smyslů: „*Ničeho se nebojím, mluvím lehce, znám souvislosti všeho. Jakoby zezadu z hlavy vím dopředu, co budou říkat ve filmu, který běží v televizi. Vidím – cítím srdce lidí kolem sebe. Vnímám překrásné barvy a vzory, když zavřu oči. Je mi božsky*“ (C059).

Je zřejmé, že účinky konopí se v jednotlivých případech i odlišovaly, což lze přičíst nejen individuálním rozdílům v užívání a vnímání respondentů, ale také využitím různých odrůd konopí a různým formám jeho administrace. Rozlišování mezi odrůdami uvedlo 67 % respondentů a z výpovědí bylo patrné, že pacienti díky tomu regulují požadovaný efekt léčby. Jak popisuje respondent, kterému samoléčba ulevuje od psychických potíží: „*Záleží na odrůdě. Momentálně disponuji odrůdou Euphoria Haze, která má povzbuzující účinky, navozuje až euforický stav. Dále disponuji odrůdou Frisian Dew, která má velmi zklidňující účinky, navozuje spavý stav a ulevuje od stresu*“ (C096). Vliv různých odrůd popisuje také student filmové produkce: „*Přemýšlím, ale tok myšlenek se neubírá klasickými cestami. Při požití indikovějšího druhu konopí pociťuji více sedativní efekt, tělesný*“ (C011). Negativní účinky některých odrůd popisuje i další z respondentů: „*[Po konopí mám] čistou mysl*

a zbavím se depresí, ale pokud se jedná o nějaký zajímavý vzorek tak občas dostanu obavy skoro schizofrenii všechny, úzkost někdy přetrvává, ale spíše kvůli strachu z toho, že mi někdo bude nadávat a odsuzovat mě kvůli tomu, že se léčím jinak“ (C090). Výrazné rozdíly v působení různých odrůd vysvětluje také kuchař, kterému konopí pomáhá s úlevou od stresu a od atopického ekzému: „[První užití konopí bylo] hrozný, všechno mě brnělo a tlačily mě svaly. Po druhé hrozný smích a sranda s jinačí odrůdou a od té doby je to na pohodu“ (C052).

Statisticky významně byly v kódech zastoupeny také negativní prožitky po užití konopí, které zahrnovaly zhoršení motivace k práci a koncentrace, malátnost, nepozornost, stav „mimo“ či dezorientaci, zejm. při užití vyšších dávek. Zdá se, že užití množství zde hraje klíčovou roli, jak se ve své výpovědi svěruje grafička trpící roztroušenou sklerózou: „*Při správném množství [konopí] není změna skoro patrná a na člověku znatelná, ale při nesprávné volbě množství nelze vyvíjet žádnou aktivitu a je nutno odpočívat, ztráta rovnováhy – možnost úrazu, zatměná mysl, nemožnost soustředění“ (C049).*

Důležitá je i forma administrace, kdy se může síla a množství užití účinné látky značně odlišovat: „*Při vyšší dávce FS a v případě, kdy nejdu po požití ihned spát, mám halucinogenní stavy“ (C035).* Jiné negativní účinky předávkování popsal programátor, užívající konopí k úlevě od příznaků rakoviny: „*Při předávkování je to zlý. Závratě, přepadávání dozadu, bušení srdce, hloupnu a nemůžu mluvit. Bez předávkování jsem možná trochu veselejší, ale určitě velmi ospalý“ (C033).* Zvládání případných negativních psychoaktivních účinků ovlivňuje také předchozí zkušenost s užíváním. Jak uvádí jiný respondent: „*Dezorientace, opilost, panika – zpočátku, časem po vzniku tolerance a zkušenostech jsou změněné stavy minimální“ (C008).*

Objevil se nezanedbatelný počet výpovědí, kdy nemocní uváděli, že změněný stav vědomí neprožívají. Týkalo se to výhradně případů externí aplikace konopných produktů. Při zvažování konopné samoléčby je třeba pamatovat, že ne všichni uživatelé konopí nutně užívají vnitřně. Jak se proti běžným stereotypům rekreačního užívání vymezuje jiný respondent: „*Nemám [změněný stav vědomí]. Snad ne každý, kdo používá konopí k léčbě musí být hulič²¹.*“ (C083).

²¹ Slangový výraz pro uživatele konopí zprav. k rekreačním účelům (pozn. aut.).

8.4.3. Zvládání onemocnění

V odpovědích respondentů se objevovala pozitivní hodnocení komplexních účinků terapie, poukazující na výrazný psychologický efekt, který měla samoléčba na vnímání onemocnění. Slovy programátora s roztroušenou sklerózou: „*Před tím jsem si myslel, že můj život ztratil smysl, že už jenom doklepu to, co mi zbývá. S pleší na hlavě a prázdným žaludkem, někde mezi domovem a onkologií. Po užívání [konopí] jsem si uvědomil, že tady můžu být poměrně dlouho a že mám co nabídnout. Založil jsem před rokem rodinu a před třema dostudoval vysokou školu. Nemám už pocit, že bych byl nemohoucí člověk. Nemoc si připouštím, ale nedávám jí šanci, aby převzala moje myšlenky nebo vědomí (...) Dávno jsem se s onemocněním smířil a přisuzuju to právě konopí. Bez něj bych se daleko dýl užíral tím, že jsem nemocný a nemůžu to a ono. Moc mi to pomohlo hlavně po této stránce*“ (C009). Jiný respondent ve své výpovědi uvedl: „*Předtím jsem si myslel že to nejde vyléčit bez léčiv na kterých můžete být závislý s vedlejšími účinky. Ted' ale jsem ,našel' skvělou náhradu těchto nebezpečných léčiv a onemocnění je zcela zvladatelné*“ (C090). Obchodnice, které konopí ulevuje od příznaků PMS pak vysvětluje: „*Mám obrovskou radost, že se mi daří zvládat bolesti i rozhozené hormony jen touto přírodní léčbou. Neberu to ani jako nemoc, jen jako stav, který je pod kontrolou*“ (C057). „*Hodně mi to pomáhá se s tím vyrovnat. Přeci jen, nohy vám nefiknou každý den. Měl jsem depky, ted' nemám, myslí mi to pozitivně*“ (C108). Účetní, který podstoupil amputaci dolních končetin vnímá konopnou léčbu v kontextu přijímání onemocnění jako významnou pomoc. Uvádí: „*Hodně mi to [konopí] pomáhá se s tím vyrovnat. Přeci jen, nohy vám nefiknou každý den. Měl jsem depky, ted' je nemám, myslí mi to pozitivně*“ (C108).

Objevovaly se také výpovědi, kdy nemocní srovnávali zvládání onemocnění za pomoci konopí a konvenční terapie. Jeden z nich popsal situaci následovně: „*Vnímám to tak, že raději si každý den pokouřím konopí (po práci), než si každý den pochutnávat na 6-8 práscích, ze kterých mě je i kolikrát zle, a navíc ani nejsou někdy účinné. (...) Raději podstoupím některé omezení při užívání konopí, než [užívat] prášky, které se skutečně nedají srovnat s užíváním konopí*“ (C044). Podnikatel, kterému konopí pomáhá zvládat chronickou bolest pak uvedl podobnou zkušenost: „*Od té doby, co užívám konopí je intenzita bolesti menší a bolest přichází méně často. Pokud se objeví tak konopí bolest utlumí na velmi snesitelnou úroveň. Předtím, než jsem začal užívat konopí bylo nutné užít léky proti bolesti až 2x do měsíce, nyní jsem užil 1x za rok*“ (C020).

8.5. Samol léčba a vztahy

Jak uvádí Helman, onemocnění je sociální událost (1981) a nutně zahrnuje i blízké okolí pacienta samotného, neboť přirozeně narušuje jeho schopnost zapojovat se do běžných kolektivních aktivit, ať už ty, které provozuje v rámci rodiny, přátelských vztahů, nebo práce. Je proto zřejmé, že jakákoliv léčba, která výrazně ovlivňuje onemocnění, bude mít na tyto vztahy také vliv. Jak vyplývá z dat uvedených v předchozích kapitolách, konopná léčba je specifická nejen svou ilegality. Ta je spojena s představou o konopí jako o nebezpečné droze s psychoaktivními účinky, které mohou silně ovlivňovat prožívání a vnímání. Respondenti nejčastěji uváděli dopady samoléčby v oblasti rodiny a vztahů a v oblasti vnímání léčby ze strany širšího okolí.

Rodina nemocných o léčbě v naprosté většině případů (87 %) ví a zpravidla ji schvaluje anebo toleruje. Tato reakce byla často podložena pozitivními výsledky samoléčby, které rodinné příslušníky dokázaly přesvědčit o její efektivitě i přes počáteční nedůvěru, jak ilustruje následující výpověď o reakci rodiny na zahájení terapie: *„Ze začátku byli proti [samoléčbě konopím] a nevěřili mi. Později však zjistili, že mi to opravdu pomáhá a smířili se s tím“* (C090).

Pozitivní postoj rodiny dokládá také výpověď grafičky, která si konopí k samoléčbě pěstuje: *„Fandí mi a podporují mě. Shánějí semínka a sazeničky, vědí, že mi konopí pomáhá“* (C049). Ani pomoc rodiny s výrobou konopných léků nebyla výjimkou, jak dokládá například výpověď důchodce s Parkinsonovou nemocí: *„Manželka mi připravuje konopné masti a blízká rodina tvrdí, že jestli mi to pomáhá, tak není důvod k připomínkám“* (C056). Objevovaly se i případy, kdy se rodina nemocných sama konopím léčí. Jak řekl jeden z respondentů: *„Respektuji to. Sami, když je potřeba, používají konopí a jeho deriváty k vlastní léčbě“* (C110). Skladník, kterému konopí ulevuje od příznaků atopického ekzému uvedl, že konopí pomáhá i jeho sestře a poskytuje výrobky z konopí k léčbě také svému okolí: *„Sestra je také těžký ekzematik. Když jsem poprvé vypěstoval rostliny konopí, řekli jsme si, že to vyzkoušíme, a ono to zabralo. Od té doby využívám i pro sebe. Děláme i Fénixovy slzy pro lidi, kteří si je nemají možnost opatřit sami a potlačení příznaků jejich chorob je úžasné. Mám vyzkoušené, že mast pomáhá i při proleženinách u ležících pacientů“* (C033). Reakce širšího okolí na samoléčbu konopím pak respondenti hodnotili různě. Okolí o ní informovalo 67 % nemocných a vyrovnaně byly zastoupeny kódy označující pozitivní, smíšené i negativní reakce. Kladnou zkušenost měl například kuchař, kterému konopí pomáhá od bolesti: *„Nikdy jsem to moc s širším okolím neřešil, ale pokud ano, vždy byla*

reakce spíše kladná a někdy jsem si i rozumně popovídal, nebo vyměnil zkušenosti“ (C044). Objevovaly se ale také záporné zkušenosti: *„Pokud mohu posuzovat, tak bych řekl, že více jak polovina lidí z mého okolí s tím nesouhlasí. Podle mne proto, že o daném problému nic nevědí, nebo mají zkreslené informace. Nevymlouvám jim to“ (C109).* Objevovaly se také poznatky, že se okolí na nemocné dívá negativně jako na uživatele drog: *„[Okolí si myslí], že jsem narkoman, fetišák a levicový vyvrhel“ (C026).* Časté byly zmínky ilustrující smíšené názory: *„Řekl bych, že 50 % ji schvaluje a 50 % k ní nakloněna není, nebo jí nevěří“ (C005).* V odpovědích se objevovaly známky rezistence vůči postoji okolí, či lhostejnost k němu, jak dokládá výpověď ošetřovatele drůbeže, trpícího úzkostnou fobií: *„Obhajuji u sebe léčbu konopím. Pokud s tím někdo nesouhlasí, je to jeho názor. Nikomu to nevnucuji, nikoho nijak neohrožuji. Aspoň trochu dokáží díky užívání fungovat a žít aspoň trochu normální život. Ať si okolí nebo zákon myslí, co chtějí. Já nikomu nijak neubližuji, ale když mi nějaký protidrogový nebo teoretický chytrolín znemožní užívání konopí, dosti tím ublíží mně“ (C025).*

8.6. Ilegalita

Tematizace illegality konopné samoléčby, zejména pak pěstování a držení konopí, byla protkána všemi rodinami kódů a spojena s negativním hodnocením. 85 % respondentů uvedlo, že se zatím nedostali kvůli konopí do problémů se zákonem, často byl ale tematizován pocit strachu a stres vyvolaný vědomím protiprávního jednání v případě samopěstování rostlin. Dále pak byly vyjadřovány pocity nespravedlnosti a rozčilení v kontextu nedostupnosti konopí nemocným jinou cestou. Jak popsal technik trpící chronickou bolestí: *„Na recept si koupím jenom jeden druh konopí, které nemusí dobře fungovat na konkrétní zdravotní problém. Nepříjemný pocit z toho, že k vlastní léčbě užívám bylinu, jejíž pěstování a užívání je mimo zákon. Strach z možného postihu, [pocit] nespravedlnosti – musím si za konopí, které je lék, platit – ostatní pacienti užívající konvenční léky neplatí, a nejsou mimo zákon“ (C007).*

V případě často závažných onemocnění je ilegalita další zátěží navíc. Jak popisuje živnostník trpící těžkou formou deprese: *„Je to další zbytečný stres, který člověk pociťuje. I když nemám pocit, že bych dělal něco špatného. Přeci jen má člověk strach“ (C098).* Jiný respondent vnímá ilegalitu pěstování v kontextu ohrožení nejen sebe, ale také vlastní rodiny: *„Jsem kvůli tomu pod tlakem rodiny, kterou moje chování ‚ohrožuje‘ resp. její pověst. Mrzí mě to. Vím, že mi za mé jednání hrozí peněžitý trest a vpravdě nevím, kde bych na nějakou*

pokutu vzal finanční prostředky. Přitom má činnost je přinejmenším nenásilná“ (C011). Stejně to vnímá i důchodce s nádorovým onemocněním, který zmiňuje nutnost utajování pěstování konopí: „No musím si dávat větší pozor na bonzáky, policii a zloděje kytky ze zahrady. Navození pocitu nespravedlnosti – když to pomáhá, ostatním neškodí a neomezuje nikoho, tak ve výsledku nechápu ilegalitu“ (C024). Podobné obavy sdílí obchodnice, která si konopí pěstuje: „Každý rok mám obavy, aby můj záhon nepřilákal zloděje, nebo udavače. Vůbec si už neumím představit život bez vlastního konopí. V lékárně je drahé a od překupníků nejistá kvalita, a ještě větší riziko konfliktu se zákonem“ (C057).

Nemocní vnímali ilegalitu nejčastěji tak, že by stát měl podniknout příslušná opatření, aby bylo konopí pacientům dostupné jinou než nelegální cestou. Jak vysvětluje invalidní důchodce trpící roztroušenou sklerózou: „[Stát by měl] vyřešit tahanice a zákulisní ‚tanečky‘ okolo oficiálního dodavatele (pěstitele) konopí, vyřešit veškerou legislativu okolo užívání, dekriminalizovat lidi používající konopí k lékařským účelům, detabuizovat a nedělat z konopí neprávem strašáka, zpřístupnit ho potřebným“ (C094). O výhodách volnější regulace je přesvědčena také podnikatelka, která navrhuje inspiraci v zahraničí: „V lékárnách by mělo být konopí na předpis zdarma. Jinak volně bez předpisu, měli bychom mít možnost ho legálně koupit v dispensary (výdejna konopí, pozn. aut.), jako tomu je např. v Seattlu či Denveru“ (C087).

9. Závěr

V této práci jsem se zabývala problematikou samoléčby konopím v České republice. Pokusila jsem se objasnit povahu tohoto fenoménu a procesy, které ho utvářely. V kontextu medicínské antropologie jsem nastínila problematiku nemoci a léčení se zaměřením na proměňující se roli nemocného, který není pouze pasivním subjektem lékařské péče, ale často přebírá v otázkách vlastního zdraví rozhodující iniciativu. Jak dokládá situace konopné samoléčby v České republice, dochází k tomu i v případech, kdy jsou tyto praktiky v rozporu s nařízením státu.

Konopí je kontroverzní rostlina. Prodělala bohatý kulturní vývoj a je často vnímána nejen jako lék, ale také jako nebezpečná droga. V centrální části práce jsem se snažila rekonstruovat původ obou těchto pohledů a v sociokulturním kontextu vysvětlila jejich příčiny i důsledky. Věnovala jsem se otázce reálných rizik i léčebných účinků této rostliny z pohledu současné vědy a pokusila se zhodnotit jejich relevanci ve vztahu k samoléčbě. Na základě důkladného prozkoumání poznatků ze zmíněných oblastí jsem následně provedla výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jakým způsobem a proč lidé v České republice vykonávají samoléčbu konopím. Celkem jsem získala data od 107 nemocných, kteří mi poskytli cenné informace o povaze této praxe v kontextu současné legislativy a hodnocení jejích okolností. Primární motivací pro volbu konopí jako léčebného prostředku byly negativní příznaky onemocnění, od kterých konvenční léčba často nedokázala efektivně ulevit. Motivaci k volbě konopí jako terapeutického prostředku formovaly předchozí znalosti o této rostlině, informace získané na internetu a doporučení ze strany rodiny a blízkých. Z výsledků vyplynulo, že konopí není v České republice neznámé a mnoho nemocných či jejich blízkých s ním mělo zkušenosti již před zahájením terapie. K samoléčbě nemocní přistupují mimo jiné pro nedostupnost léčebného konopí oficiální cestou, zejm. pro jeho vysokou cenu, nízký počet lékařů ochotných konopí předepisovat a nedostatek vhodných odrůd v nabídce lékáren (viz kap. 8.2.1).

Centrálním způsobem získávání konopí je jeho samopěstování, které je finančně dostupnější, ale zákon ho zakazuje. Ilegalitu pěstování a držení konopí k samoléčbě provází strach z trestního postihu, pocit nespravedlnosti a kritika státního systému (viz kap. 8.6).

Dominantní formou užívání konopí je kouření sušené rostliny. Toto zjištění je s ohledem na negativní vliv látek vznikajících při spalování na lidské zdraví problematické. Jedním z důvodů pro užívání konopí kouřením je usnadnění dávkování a regulace účinku.

Nahrazeno by mohlo být bezpečnější metodou vaporizace, ke které již někteří nemocní přistupují (viz kap. 8.3.2).

Užívání konopí vede k úlevě od některých zdravotních obtíží, mezi které patří zejména bolest, spasticita, nechutenství, nespavost, úzkost a deprese. Stav úlevy byl popisován jak na fyzické, tak na psychické úrovni (viz kap. 8.4.1).

Pravděpodobně největší společenskou obavu týkající se léčby konopím představují psychoaktivní účinky této látky. Zejména při nesprávném dávkování a užití příliš velkého množství konopí může skutečně docházet k nástupu nepříjemných stavů. Patří mezi ně pocity dezorientace, úzkosti, únavy a halucinogenní vjemy. Po vyprchání účinků však tyto příznaky odeznívají bez dalších následků (viz kap. 8.3.3).

Statisticky mnohem významnější bylo v kódech vzešlých z dat kladné hodnocení změněného stavu vědomí, kdy z výpovědí vyplývalo, že nemocným může pomáhat s úlevou od nepříjemných pocitů. Často příznačně pomáhá změnit celkové vnímání vlastního onemocnění k lepšímu, čímž terapeuticky přispívá ke zlepšení subjektivní percepce kvality života a celkového zvládnutí onemocnění (viz kap. 8.4.2).

Většina nemocných o samoléčbě informuje svou rodinu a nejbližší okolí, které tyto praktiky zpravidla toleruje a mnohdy nemocnému také aktivně pomáhá s obstaráním rostliny. Širší okolí je o léčbě informováno méně často a v názorech na konopí zde přetrvává ambivalentní postoj. Negativní hodnocení je spojováno s vnímáním konopí jako nebezpečné drogy (viz kap. 8.5).

S ohledem na postupující legalizaci ve Spojených státech amerických, postupnému uvolňování legislativy v dalších zemích a rapidnímu postupu medicíny ve výzkumu konopné léčby můžeme očekávat, že tato rostlina bude i v České republice stále dostupnějším a běžněji užívaným lékem. Aby se z něj mohl stát lék opravdu bezpečný, je nezbytné veřejnost i lékaře objektivně informovat o benefitech i rizicích této terapie a způsobech jejich optimalizace. Zejména je třeba zajistit lepší státní regulaci a zlepšit dostupnost konopí pro léčebné využití. Je to právě ilegality samoléčby, která se v současnosti zdá být největší hrozbou, jež konopí pro nemocné představuje.

10. Limity výzkumu a diskuze

Provedený výzkum má přirozeně řadu omezení a limitů, vyplývajících ze způsobu sběru dat, povahy výzkumného vzorku i zvolené analytické metody

(1) Dotazníková forma šetření mohla vést ke stručnější podobě některých výpovědí a neumožňovala participanty motivovat k upřesnění některých formulací, jak by mi to dovolil například polostrukturovaný rozhovor (Hendl, 2008). Tento faktor jsem při volbě metodologie zvažovala. Pro realizaci dotazníku jsem se následně rozhodla proto, abych zvýšila variabilitu výzkumného vzorku a mohla zmapovat situaci co největšího množství nemocných s různými typy zdravotních obtíží, bez omezení lokalitou či určitou sociální skupinou. Vzhledem k této metodě sběru dat jsem také neměla možnost provést zúčastněné pozorování konkrétních situací a okolností samoléčby, natož přímo zjistit socioekonomický status nemocných. Jak se zdá, tyto okolnosti mají na podobu samoléčby určující vliv (Raynaud, 2008).

(2) Další typ omezení vyplýval z formy realizace dotazníku. On-line verze vyžadovala přístup respondentů k počítači, internetu a samozřejmě také určitý stupeň technické zdatnosti. Pro některé nemocné, zejména ty, kteří trpí poškozením motorických funkcí, mohlo být vyplnění dotazníků fyzicky nemožné. Forma internetového dotazování pravděpodobně také snížila věkový profil výzkumného vzorku.

(3) Roli v ovlivnění vzorku mohl hrát také způsob šíření dotazníku. Díky jeho publikaci prostřednictvím stránek konkrétních organizací je pravděpodobné, že některá dala mohla být zkreslena – například uváděné internetové zdroje informací o konopí kde nemocní jako nejčastější zdroj informací zmiňují právě tyto organizace (viz kap. 8.1.1).

(4) Limity vyplývají také z toho, že předmětem výzkumu bylo nezákonné jednání a někteří respondenti odmítli odpovídat na otázku, jakým způsobem si konopí opatřují. Je možné, že ilegalita hrála roli i v dalších odpovědích a pravděpodobně některé nemocné také odradila od samotné účasti ve výzkumu. Riziko zatajování informací o ilegálním jednání jsem se pokusila omezit jak anonymitou dotazníku, tak jeho šířením prostřednictvím spolku Legalizace.cz, který výzkumu poskytl záštitu. Organizace stojí v centru zájmu o konopnou léčbu v ČR a dlouhodobě poskytuje postihovaným pacientům legální poradenství, usiluje o reformu konopných zákonů, šíří informace o léčbě a zdarma poskytuje nemocným také konopná semínka k samopěstování. Kredibilita spolku mohla pomoci v motivaci nemocných k účasti i větší ochotě ke sdělování citlivých dat.

Způsob zveřejnění dotazníku samozřejmě mohl vést také k větší pravděpodobnosti účasti těch nemocných, kteří se staví k léčbě oficiální cestou příliš kriticky. Z toho důvodu jsem s prosbou o šíření dotazníku oslovila také patientský spolek KOPAC, který je motivuje spíše ke státem poskytované léčbě.

(5) Omezení vyplývají i ze zvoleného typu analýzy dat pomocí zakotvené teorie, která pracuje s tím, s jakou intenzitou byly některé okruhy ve výpovědích tematizovány. Tato data nemusí nutně vypovídat o povaze zkoumané skutečnosti, ale pouze o tom, co se mi respondenti rozhodli ve své výpovědi sdělit. Vliv na to jistě měla také podoba a struktura otázek dotazníku, které se nutně omezovaly pouze na určitý okruh témat.

Účelem výzkumu bylo získat data kvalitativní povahy od co nejširšího výzkumného vzorku z řad nemocných, kteří se sami léčí konopím v České republice a pokusit se pomocí následné analýzy rozklíčovat základní faktory a strategie jejich jednání v oblasti péče o vlastní zdraví. Do jaké míry se to podařilo, zůstává otázkou. Sesbíraná data v každém případě ukazují, že samoléčba konopím je v České republice aktuální téma, které stojí za pozornost. Pro lepší porozumění motivaci ke konopné samoléčbě a její povaze by mohlo být přínosné, kdyby se další studie zaměřily také na kontext, kdy neexistuje žádná legální forma této terapie. Jistě zajímavé by bylo zkoumat také ty situace, kdy je pacientům konopná medikace volně dostupná.

11. Bibliografie

- Abrams, D. I., Jay, C. A., Shade, S. B., Vizoso, H., Reda, H., Press, S., ... Petersen, K. L. (2007). Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: A randomized placebo-controlled trial. *Neurology*, 68(7), 515–521.
<http://doi.org/10.1212/01.wnl.0000253187.66183.9c>
- Abrams, D. I., & Guzman, M. (2015). Cannabis in Cancer Care. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 97(6), 575–586. <http://doi.org/10.1002/cpt.108>
- Allen, J. H. (2004). Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. *Gut*, 53(11), 1566–1570.
<http://doi.org/10.1136/gut.2003.036350>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Andre, C. M., Hausman, J.-F., & Guerriero, G. (2016). Cannabis sativa: The Plant of the Thousand and One Molecules. *Frontiers in Plant Science*, 7.
<http://doi.org/10.3389/fpls.2016.00019>
- Armentano, P. (2015). *Klinické využití konopí a kanabinoidů*. (G. Carter, D. Sulak, & E. Toby Goldsteinová, Eds.) (1st ed.). Praha: PACIENTSKÝ SPOLEK KOPAC. Retrieved from <http://www.kopac.cz/ke-stazeni/>.
- Backes, M., Weil, A., & Kozák, J. (2016). *Konopná lékárna: praktický průvodce světem léčivé marihuany*. Olomouc: Fontána.
- Blenkinsopp, a, & Bradley, C. (1996). Patients, society, and the increase in self medication. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7031), 629–632.
<http://doi.org/10.1136/bmj.312.7031.629>
- Blessing, E. M., Steenkamp, M. M., Manzanares, J., & Marmar, C. R. (2015). Cannabidiol as a Potential Treatment for Anxiety Disorders. *Neurotherapeutics*.
<http://doi.org/10.1007/s13311-015-0387-1>
- Bonnie, R. J., & Li, C. H. (1975). The Marihuana Conviction: A History of Marihuana Prohibition in the United States. *Stanford Law Review*, 27(2), 521.
doi:10.2307/1228284
- Bonn-Miller, M. O., Boden, M. T., Bucossi, M. M., & Babson, K. A. (2014). Self-reported cannabis use characteristics, patterns and helpfulness among medical cannabis users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(1), 23–30.
<http://doi.org/10.3109/00952990.2013.821477>

- Branch, M. N. (2011). Drug addiction. Is it a disease or is it based on choice? A review of Gene Heyman's *Addiction: A disorder of choice*. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 95(2), 263–267. <http://doi.org/10.1901/jeab.2011.95-263>
- Buclin T. and Ammon C. (eds), 2001, L'automédication: pratique banale, motifs complexes, Genève: Médecine et Hygiène, *Cahiers Médico-Sociaux*, 11–29.
- Budney, A. J., & Hughes, J. R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 233–238. <http://doi.org/10.1097/01.yco.0000218592.00689.e5>
- Calignano, a, Kátóna, I., Désarnaud, F., Giuffrida, a, La Rana, G., Mackie, K., ... Piomelli, D. (2000). Bidirectional control of airway responsiveness by endogenous cannabinoids. *Nature*, 408(6808), 96–101. <http://doi.org/10.1038/35040576>
- Casanova, M. L., Blázquez, C., Martínez-Palacio, J., Villanueva, C., Fernández-Aceñero, M. J., Huffman, J. W., ... Guzmán, M. (2003). Inhibition of skin tumor growth and angiogenesis in vivo by activation of cannabinoid receptors. *The Journal of Clinical Investigation*, 111(1), 43–50. <http://doi.org/10.1172/JCI16116>
- Chagas, M. H. N., Zuardi, A. W., Tumas, V., Pena-Pereira, M. A., Sobreira, E. T., Bergamaschi, M. M., ... Crippa, J. A. S. (2014). Effects of cannabidiol in the treatment of patients with Parkinson's disease: An exploratory double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11), 1088–1098. <http://doi.org/10.1177/0269881114550355>
- Chong, M. S., Wolff, K., Wise, K., Tanton, C., Winstock, A., & Silber, E. (2006). Cannabis use in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 12(5), 646–651. <http://doi.org/10.1177/1352458506070947>
- Cimprová, M. (2011). Československé konopí jako lék. *Magazín Legalizace*, 106. Retrieved from http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/61-ceskoslovenske-konopi-jako-lek#_ftnref2
- Comelli, F., Giagnoni, G., Bettoni, I., Colleoni, M., & Costa, B. (2008). Antihyperalgesic Effect of a Cannabis sativa Extract in a Rat Model of Neuropathic Pain: Mechanisms Involved. *Phytother. Res. PHYTOTHERAPY RESEARCH Phytother. Res.* <http://doi.org/10.1002/ptr.2401>
- Corey-Bloom, J., Wolfson, T., Gamst, A., Jin, S., Marcotte, T. D., Bentley, H., & Gouaux, B. (2012). Smoked cannabis for spasticity in multiple sclerosis: A randomized, placebo-controlled trial. *CMAJ*, 184(10), 1143–1150. <http://doi.org/10.1503/cmaj.110837>
- Croxford, J. L., Pryce, G., Jackson, S. J., Ledent, C., Giovannoni, G., Pertwee, R. G., ... Baker, D. (2008). Cannabinoid-mediated neuroprotection, not immunosuppression, may be more relevant to multiple sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*, 193(1–2), 120–129. <http://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2007.10.024>

- Croxford, J. L., & Yamamura, T. (2005). Cannabinoids and the immune system: Potential for the treatment of inflammatory diseases? *Journal of Neuroimmunology*.
<http://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2005.04.023>
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology*, 6(NOV).
<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>
- Devinsky, O., Cilio, M. R., Cross, H., Fernandez-Ruiz, J., French, J., Hill, C., ... Friedman, D. (2014). Cannabidiol: Pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. *Epilepsia*, 55(6), 791–802.
<http://doi.org/10.1111/epi.12631>
- Dongen, E. V., & Fainzang, S. (2005). *Lying and illness: power and performance*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 9–23.
<http://doi.org/10.1007/BF00114808>
- Englund, A., Freeman, T. P., Murray, R. M., & McGuire, P. (2017). Can we make cannabis safer? *The Lancet Psychiatry*. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30075-5](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30075-5)
- Etkin, N.L. & P.J. Ross. 1982. "Food as Medicine and Medicine as Food: An Adaptive Framework for the Interpretation of Plant Utilization Among the Hausa of Northern Nigeria". *Social Science and Medicine* 16, 1559-73.
- Eubanks, L. M., Rogers, C. J., Beuscher, Koob, G. F., Olson, A. J., Dickerson, T. J., & Janda, K. D. (2006). A Molecular Link between the Active Component of Marijuana and Alzheimer's Disease Pathology. *Molecular Pharmaceutics*, 3(6), 773–777.
<http://doi.org/10.1021/mp060066m>
- Fainzang, S. (2017). *Self-medication and society: mirages of autonomy*. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge.
- Fainzang, S. (2005). Religious attitudes toward prescriptions, medicines, and doctors in France. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29(4), 457–476.
<http://doi.org/10.1007/s11013-006-9003-5>
- Fernández-Ruiz, J., Sagredo, O., Pazos, M. R., García, C., Pertwee, R., Mechoulam, R., & Martínez-Orgado, J. (2013). Cannabidiol for neurodegenerative disorders: Important new clinical applications for this phytocannabinoid? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 75(2), 323–333. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04341.x>
- Fisher, J. (n.d.). Cannabis in Nepal: An Overview. *Cannabis and Culture*.
doi:10.1515/9783110812060.247

- Ginsberg, A., & Krejčí, D. (1996). *Velký marihuanový švindl = The great marijuana hoax*. V Olomouci: Votobia.
- Goetz, C. G. (2011). The history of Parkinson's disease: Early clinical descriptions and neurological therapies. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1(1). <http://doi.org/10.1101/cshperspect.a008862>
- Grinspoon, L. (1999). Medical marihuana in a time of prohibition. *International Journal of Drug Policy*, 10(2), 145–156. [http://doi.org/10.1016/S0955-3959\(99\)00009-2](http://doi.org/10.1016/S0955-3959(99)00009-2)
- Grotenhermen, F. (2009). *Konopí jako lék: praktický rádce k využívání konopí a dronabinolu v medicíně*. Olomouc: Fontána.
- Habeeb, G. E., & Gearhart, J. G. (1993). Common patient symptoms: patterns of self-treatment and prevention. *Journal of the Mississippi State Medical Association*, 34(6), 179–181.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 26–34. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2000.00685.x>
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World Psychiatry*, 7(2), 68–71. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00158.x>
- Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(230), 548–52. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7328537%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1972172>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Herer, J., Cabarga, L., & McCormick, T. (2010). *Jack Herers The emperor wears no clothes*. Austin, TX: Ah Ha Pub.
- Hernandez-Juyol, M., & Job-Quesada, J. R. (2002). Dentistry and self-medication: a current challenge. *Medicina Oral : Órgano Oficial de La Sociedad Española de Medicina Oral Y de La Academia Iberoamericana de Patología Y Medicina Bucal*, 7(5), 344–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415218>
- Holden, T. (2012). Addiction is not a disease. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 184(6), 679. <http://doi.org/10.1503/cmaj.112-2033>
- Hugh-Jones, S. 1993. "Food" and "Drugs" in Northwest Amazonia. In *Tropical Forests, People and Food: Biocultural Interactions and Applications to Development* (ed.) H.e. al.: UNESCO

- Julian, H. L. (2008). Israeli Research Shows Cannabidiol May Slow Alzheimer's Disease. *Arutz Sheva*. Retrieved from <http://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/125564#.VwmnAqQrKCo>
- Katzung, B. G., et al. *Základní a klinická farmakologie*. Praha : H&H, 1994. ISBN 80-85787-35-0. Kapitola Dodatek pro české čtenáře, s. 10.
- Kazantzis, N. P., Casey, S. L., Seow, P. W., Mitchell, V. A., & Vaughan, C. W. (2016). Opioid and cannabinoid synergy in a mouse neuropathic pain model. *British Journal of Pharmacology*, 2521–2531. <http://doi.org/10.1111/bph.13534>
- Koch, M., Varela, L., Kim, J. G., Kim, J. D., Hernández-Nuño, F., Simonds, S. E., ... Horvath, T. L. (2015). Hypothalamic POMC neurons promote cannabinoid-induced feeding. *Nature*, 519(7541), 45–50. <http://doi.org/10.1038/nature14260>
- Lachenmeier, D. W., & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, 5(1), 8126. <http://doi.org/10.1038/srep08126>
- Lahat, A., Lang, A., & Ben-Horin, S. (2012). Impact of Cannabis Treatment on the Quality of Life, Weight and Clinical Disease Activity in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Pilot Prospective Study. *Digestion*, 85(1), 1–8. <http://doi.org/10.1159/000332079>
- Lecomte T., 1999, 'Chiffres de l'automédication en France et à l'étranger', in: P.Queneau (ed.), Automédication, autoprescription, autoconsommation. Paris: John Libbey, 49–56.
- Leweke, F. M., Piomelli, D., Pahlisch, F., Muhl, D., Gerth, C. W., Hoyer, C., ... Koethe, D. (2012). Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 2(3), e94. <http://doi.org/10.1038/tp.2012.15>
- Light, M., & Saloga, A. O. J. R. C. W. (2016). *Economic Impact of Marijuana Legalization in Colorado*. Denver. Retrieved from http://mjpolicygroup.com/pubs/MPG_Impact_of_Marijuana_on_Colorado-Final.pdf
- Linge, R., Jimenez-Sanchez, L., Campa, L., Pilar-Cuellar, F., Vidal, R., Pazos, A., ... Diaz, J. I. (2016). Cannabidiol induces rapid-acting antidepressant-like effects and enhances cortical 5-HT/glutamate neurotransmission: Role of 5-HT1A receptors. *Neuropharmacology*, 103, 16–26. <http://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2015.12.017>
- Lu, M. L. R. Y., & Agito, M. D. (2015). Cannabinoid hyperemesis syndrome: Marijuana is both antiemetic and proemetic. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. <http://doi.org/10.3949/ccjm.82a.14023>
- Massé R., 2003, *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs, normativités*. Québec: Presses de l'Université Laval.

- Melamede, R. (2005). Cannabis and tobacco smoke are not equally carcinogenic. *Harm Reduction Journal*, 2, 21. <http://doi.org/10.1186/1477-7517-2-21>
- Molina N., 1988, L'automédication, Paris: PUF (Coll: Les champs de la santé).
- Montastruc, J. L., Bagheri, H., Geraud, T., & Lapeyre-Mestre, M. (1997). [Pharmacovigilance of self-medication]. *Thérapie*.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F., & Paddock, S. M. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*. <http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00280.x>
- Morgan, C. J. A., Das, R. K., Joye, A., Curran, H. V., & Kamboj, S. K. (2013). Cannabidiol reduces cigarette consumption in tobacco smokers: Preliminary findings. *Addictive Behaviors*, 38(9), 2433–2436. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.011>
- NIDA. (2016). The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics>
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge.
- Penner, E. A., Buettner, H., & Mittleman, M. A. (2013). The Impact of Marijuana Use on Glucose, Insulin, and Insulin Resistance among US Adults. *The American Journal of Medicine*, 126(7), 583–589. <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.03.002>
- Petro, D. J. (2002). Cannabis in multiple sclerosis: Women's health concerns. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 2(3–4), 161–175. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0036458652&partnerID=40&md5=8e6e74a069a790a0882fce48219d29f4>
- Petro, D. J., & Ellenberger, C. (1981). Treatment of human spasticity with delta 9-tetrahydrocannabinol. *Journal of Clinical Pharmacology*, 21(8–9 Suppl), 413S–416S. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6271839>
- Pierron, J. P. (2007). Une nouvelle figure du patient? les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences Sociales et Sante*, 25(2), 43–66. <http://doi.org/10.1684/ss.2007.0203>
- Pokrywka, M., Górska, J., & Solnica, B. (2016). Cannabinoids - a new weapon against cancer? *Postepy Higieny I Medycyny Doswiadczalnej (Online)*, 70(0), 1309–1320. <http://doi.org/10.5604/17322693.1227443>
- Pope, H. G., & Yurgelun-Todd, D. (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 275(7), 521–7. <http://doi.org/10.1001/jama.1996.03530310027028>
- Pryce, G., Ahmed, Z., Hankey, D. J. R., Jackson, S. J., Croxford, J. L., Pocock, J. M., ... Baker, D. (2003). Cannabinoids inhibit neurodegeneration in models of multiple sclerosis. *Brain*, 126(10), 2191–2202. <http://doi.org/10.1093/brain/awg224>

- Ramirez, B. G. (2005). Prevention of Alzheimer's Disease Pathology by Cannabinoids: Neuroprotection Mediated by Blockade of Microglial Activation. *Journal of Neuroscience*, 25(8), 1904–1913. <http://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4540-04.2005>
- Rätsch, C. (2013). *Marihuana jako lék: etnomedicína, užívání a recepty na léčení konopím*. Olomouc: Fontána.
- Raynaud, D. (2008). Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (1), 81–94. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-1-page-81.htm>
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- Reznik, I. (2017). P.4.a.011 Post-traumatic stress disorder and medical cannabis use: a naturalistic observational study. *European Neuropsychopharmacology*, 22, S363–S364. [http://doi.org/10.1016/S0924-977X\(12\)70563-1](http://doi.org/10.1016/S0924-977X(12)70563-1)
- Roitman, P., Mechoulam, R., Cooper-Kazaz, R., & Shalev, A. (2014). Preliminary, Open-Label, Pilot Study of Add-On Oral Δ^9 -Tetrahydrocannabinol in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Drug Investigation*, 34(8), 587–591. <http://doi.org/10.1007/s40261-014-0212-3>
- Ruiz, M. (2010). Risks of Self-Medication Practices. *Current Drug Safety*, 5(4), 315–323. <http://doi.org/10.2174/157488610792245966>
- Ruman, M. (2014). *Cannabis – konopí: průvodce světem univerzální rostliny*. Praha: Malý princ.
- Russo, E. B. (2011). Taming THC: Potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *British Journal of Pharmacology*. <http://doi.org/10.1111/bph.2011.163>
- Sanchez-Ramos, J. (2015). The entourage effect of the phytocannabinoids. *Annals of Neurology*. <http://doi.org/10.1002/ana.24402>
- Schneider, C. E. (1998). *The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions*. New York: Oxford Univ. Press.
- Schweim, H., & Ullmann, M. (2015). Media influence on risk competence in self-medication and self-treatment. *German Medical Science : GMS E-Journal*, 13, Doc10.
- Shrivastava, A., Johnston, M., & Tsuang, M. (2011). Cannabis use and cognitive dysfunction. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(3), 187–91. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.86796>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.

- Tashkin, D. P., Shapiro, B. J., Lee, Y. E., & Harper, C. E. (1975). Effects of smoked marijuana in experimentally induced asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 112(3), 377–86. <http://doi.org/10.1164/arrd.1975.112.3.377>
- THOMPSON, C. L. (Ed.). (2015). Self-Medication in the Nineteenth Century. In *Patient Expectations* (pp. 33–48). University of Massachusetts Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1cx3t33.6>
- Touw, M. (1981). *The Religious and Medicinal Uses of Cannabis in China, India, and Tibet*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 23--34.
- Van der Geest S., 2010, ‘Patients as co-researchers? Views and experiences in Dutch medical anthropology’, in: S. Fainzang, H.E. Hem and M.B. Risor (eds), *The taste for knowledge: medical anthropology facing medical realities*, Copenhagen: Aarhus University Press, 97–110.
- Wade, D. T., Makela, P., Robson, P., House, H., & Bateman, C. (2004). Do cannabis-based medicinal extracts have general or specific effects on symptoms in multiple sclerosis? A double-blind, randomized, placebo-controlled study on 160 patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 10(4), 434–441. <http://doi.org/10.1191/1352458504ms1082oa>
- Waldo Zuardi, A., Alexandre S. Crippa, J., E.C. Hallak, J., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., Martin-Santos, R., ... Silveira Guimaraes, F. (2012). A Critical Review of the Antipsychotic Effects of Cannabidiol: 30 Years of a Translational Investigation. *Current Pharmaceutical Design*, 18(32), 5131–5140. <http://doi.org/10.2174/138161212802884681>
- Wargent, E. T., Zaibi, M. S., Silvestri, C., Hislop, D. C., Stocker, C. J., Stott, C. G., ... Cawthorne, M. A. (2013). The cannabinoid $\Delta(9)$ -tetrahydrocannabinavarin (THCV) ameliorates insulin sensitivity in two mouse models of obesity. *Nutrition & Diabetes*, 3(5), e68. <http://doi.org/10.1038/nutd.2013.9>
- Weiss, L., Zeira, M., Reich, S., Har-Noy, M., Mechoulam, R., Slavin, S., & Gallily, R. (2006). Cannabidiol lowers incidence of diabetes in non-obese diabetic mice. *Autoimmunity*, 39(2), 143–151. <http://doi.org/10.1080/08916930500356674>
- Wilens, T. E., Adamson, J., Sgambati, S., Whitley, J., Santry, A., Monuteaux, M. C., & Biederman, J. (2007). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *The American Journal on Addictions*, 16, 14–23. <http://doi.org/10.1080/10550490601082742>
- Wilsey, B., Marcotte, T., Tsodikov, A., Millman, J., Bentley, H., Gouaux, B., & Fishman, S. (2008). A randomized, placebo-controlled, crossover trial of cannabis cigarettes in neuropathic pain. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 9(6), 506–21. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.010>
- Woodward, M. R., Harper, D. G., Stolyar, A., Forester, B. P., & Ellison, J. M. (2014). Dronabinol for the treatment of agitation and aggressive behavior in acutely

- hospitalized severely demented patients with noncognitive behavioral symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 415–419.
<http://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.022>
- Yasukawa, K. (2014). Cannabinoids as seed compounds for the cancer treatment. *Forensic Toxicology*. <http://doi.org/10.1007/s11419-014-0234-9>
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Zavázalová, H. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. Praha : Karolinum, 1992.

12. Přílohy

12.1. Průvodní text dotazníku

Vážená paní, vážený pane,

dovolte, abychom Vás požádali o účast ve výzkumu "Antropologické perspektivy samoléčby konopím v České republice", který vzniká na Katedře obecné antropologie Univerzity Karlovy v Praze. Cílem tohoto projektu je zjistit, jakým způsobem je v současnosti v České republice užíváno konopí pacienty k léčbě.

Výzkum se zaměřuje zejména na aspekty subjektivního vnímání samoléčby konopím pacienty a na současný legislativní rámec této terapie. Domníváme se, že získaná data budou hodnotná nejen jako doplnění prací zaměřených primárně na fyziologickou stránku účinků konopí, ale také pro organizace, které se snaží o zavedení inovativních postupů, jak efektivně minimalizovat rizika spojená s konopnou léčbou a o podporu a ochranu práv pacientů, kteří se pro ni rozhodnou.

Veškeré Vámi poskytnuté informace podléhají ochraně podle zákona 101/2000 sb., O ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. Vaše účast ve výzkumu je anonymní, dobrovolná a můžete ji kdykoliv odmítnout bez udání jakýchkoliv důvodů.

V případě jakýchkoliv dotazů se na nás neváhejte kdykoliv obrátit.

Za spolek Legalizace.cz

Bc. Barbora Bláhová

bara@legalizace.cz

12.2. Otázky dotazníku

1. Kolik je vám let?
2. Jaká je vaše státní příslušnost?
3. Jaký je váš rodinný stav?
4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

5. Jaká je vaše profese?
6. Jaký je v současnosti hlavní zdroj vašeho příjmu?
7. Jaká je vaše diagnóza?
8. Jak dlouho vaše zdravotní obtíže přetrvávají?
9. Jak vaše onemocnění ovlivňuje váš osobní a pracovní život?
9. Je vaše diagnóza potvrzená lékařem?
10. Podstupujete aktuálně konvenční léčbu doporučenou lékařem?
11. Jak vnímáte lékařem doporučenou léčbu?
12. Užíváte k léčbě popsaných obtíží konopí?
13. Jak jste se o možnosti léčby konopím dozvěděli?
14. Jak dlouho využíváte k léčbě konopí?
15. Jaké příznaky vaší nemoci konopí pomáhá odstraňovat či léčit?
16. Jak si konopí k léčbě obstaráváte?
17. Jak často konopí užíváte?
18. Jakým způsobem konopí nejčastěji užíváte?
19. Jaká je vaše měsíční spotřeba konopí?
20. Jakým způsobem si určujete dávku konopí?
21. Rozlišujete v léčbě mezi různými odrůdami konopí?
22. Jaké jsou vaše měsíční náklady na léčbu konopím?
23. Využíváte mimo terapie konopím i jiné formy alternativní léčby?
24. Popište běžnou situaci, kdy a jak konopí k léčbě užíváte.
25. Popište svou první zkušenost s užitím konopí k léčbě.
26. Charakterizujte změněný stav vědomí po užití konopí.
27. Ví vaši rodinní příslušníci o tom, že se léčíte konopím?
28. Co si o konopné léčbě myslí vaši rodinní příslušníci?
29. Ví o vaší léčbě konopím vaše širší okolí?
30. Co si o konopné léčbě myslí vaše širší okolí?
31. Jak ovlivňuje léčba konopím vaše rodinné vztahy?
32. Jak ovlivňuje léčba konopím vaše studium či práci?
33. Jak ovlivňuje léčba konopím vaše vnímání vlastního onemocnění?
34. Popište prosím, jakým způsobem získáváte informace o léčbě konopím.
35. Vyhledali jste ohledně léčby konopím někdy pomoc lékaře, léčitele či někoho dalšího?
36. Jste v kontaktu s dalším pacienty, kteří užívají konopí k léčbě?

37. Jste členkou / členem nějaké oficiální či neoficiální patientské organizace?
38. Prosím popište co nejpodrobněji fungování této organizace / těchto organizací.
39. Jste si vědomi toho, že vám konopí v ČR může na určité diagnózy předepsat lékař?
40. Jak ovlivňuje přetrvávající ilegalita pěstování konopí pro vlastní potřebu vaši léčbu?
41. Dostal jste se někdy kvůli léčbě konopím do problémů se zákonem?
42. Jak hodnotíte současnou dostupnost konopí pacientům?
43. Jste ochotni platit za konopí v lékárnách?
44. Kolik jste maximálně ochotni měsíčně za léčbu zaplatit?
45. Přejete si cokoliv doplnit?

12.3. Charakteristika výzkumného vzorku

ID	Věk	Národnost	Rodinný stav	Vzdělání	Profese	Délka samoléčby konopím
C001	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	překladatelka	6 - 10 let
C002	30 - 40 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	pokladní, prodavačka	11 let a více
C003	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	nezaměstnaný	11 let a více
C004	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	základní	barman	3 - 5 let
C005	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	zámečník / svářeč	3 - 5 let
C006	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	student	1 - 2 roky
C007	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	vývojový technik	3 - 5 let
C008	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	administrativní pracovník	1 - 2 roky
C009	20 - 30 let	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	programátor	3 - 5 let
C010	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	testovací technik	3 - 5 let
C011	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	vysokoškolské	student	3 - 5 let
C012	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	základní	OSVČ	1 - 2 roky
C013	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	obchodní zástupce	3 - 5 let
C015	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	policista	11 let a více
C016	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	základní	v domácnosti	6 - 10 let
C017	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	OSVČ	1 - 2 roky
C018	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	seřizovač	méně než rok
C019	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	servisní technik	11 let a více
C020	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	obchodník	1 - 2 roky

C021	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	stavař	méně než rok
C022	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	základní	operátor ve výrobě	3 - 5 let
C023	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	důchodce	3 - 5 let
C024	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	kuchař	3 - 5 let
C025	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	základní	ošetřovatel drůbeže	1 - 2 roky
C026	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	základní	soustružník, údržbář	3 - 5 let
C027	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	základní	prodavač v growshopu	1 - 2 roky
C028	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	odpovídající vzdělání	6 - 10 let
C029	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	důchodce	méně než rok
C030	50 - 60 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	korektor	méně než rok
C031	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	vysokoškolské	živnostník	6 - 10 let
C032	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	programátor	1 - 2 roky
C033	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	skladník	3 - 5 let
C034	40 - 50 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	koordinátor	6 - 10 let
C035	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	noční hlídač	6 - 10 let
C036	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	obchodník	11 let a více
C037	60 let a více	česká	rozvedená / rozvedený	základní	zedník	3 - 5 let
C038	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	manager	6 - 10 let
C039	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	šéfkuchař	11 let a více
C040	30 - 40 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	servis	6 - 10 let
C041	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	invalidní důchodce	6 - 10 let
C042	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	výtvarný umělec	11 let a více
C043	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	technik	1 - 2 roky
C044	40 - 50 let	česká a slovenská	rozvedená / rozvedený	středoškolské	kuchař	11 let a více
C045	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	účetní	méně než rok
C046	40 - 50 let	česká	neposvěcený vztah	středoškolské	podnikatel	11 let a více
C047	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	ekonom	méně než rok
C048	50 - 60 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	grafička	6 - 10 let
C049	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	invalidní důchodce	1 - 2 roky
C050	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	úředník	méně než rok

C051	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	daňový poradce	3 - 5 let
C052	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	hlavní kuchař směny	3 - 5 let
C053	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	podlahář	1 - 2 roky
C054	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	programátor	6 - 10 let
C055	40 - 50 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	recruiter v ID	6 - 10 let
C056	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	invalidní důchodce	1 - 2 roky
C057	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	obchodník	11 let a více
C058	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	zkušební technik	3 - 5 let
C059	40 - 50 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	knihkupec	méně než rok
C060	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	stavař	1 - 2 roky
C061	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	stavař	1 - 2 roky
C062	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	pokladník	1 - 2 roky
C063	60 let a více	česká	rozvedená / rozvedený	vysokoškolské	učitelka hudby	méně než rok
C064	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	technolog	11 let a více
C065	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	základní	pokladní	3 - 5 let
C066	30 - 40 let	česká	vdaná / ženatý	základní	skladník	6 - 10 let
C067	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	důchodce	3 - 5 let
C068	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	invalidní důchodce	1 - 2 roky
C069	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	revizní technik	méně než rok
C070	40 - 50 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	manager	1 - 2 roky
C071	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	specialista kvality	11 let a více
C072	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	student	méně než rok
C073	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	osazovač plošných spojů	11 let a více
C074	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	vysokoškolské	účetní	1 - 2 roky
C075	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	důchodce	6 - 10 let
C077	60 let a více	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	důchodce	3 - 5 let
C078	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	architekt	3 - 5 let
C079	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	invalidní důchodce	6 - 10 let
C080	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	důchodce	méně než rok
C083	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	vysokoškolské	inženýr	1 - 2 roky

C084	30 - 40 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	spisovatel, překladatel	6 - 10 let
C085	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	důchodce	6 - 10 let
C086	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	designérka	méně než rok
C087	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	podnikatel	1 - 2 roky
C088	méně než 20 let	slovenská	svobodná / svobodný	středoškolské	umělec, výtvarník	1 - 2 roky
C089	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	IT analytik	3 - 5 let
C090	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	umělec	1 - 2 roky
C091	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	OSVČ	1 - 2 roky
C092	40 - 50 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	OSVČ	3 - 5 let
C093	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	student	1 - 2 roky
C094	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	invalidní důchodce	6 - 10 let
C095	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	základní	zedník	6 - 10 let
C096	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	strážný	1 - 2 roky
C097	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	učitel	1 - 2 roky
C098	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	základní	OSVČ	méně než rok
C099	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	student	3 - 5 let
C100	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	vysokoškolské	programátor	méně než rok
C101	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	marketingový specialista	1 - 2 roky
C102	50 - 60 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	elektromechanik	méně než rok
C103	40 - 50 let	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	IT	méně než rok
C104	méně než 20 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	student	1 - 2 roky
C105	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	CNC obráběč kovů	1 - 2 roky
C106	40 - 50 let	česká	rozvedená / rozvedený	středoškolské	OSVČ	6 - 10 let
C107	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	vysokoškolské	vysokoškolský pedagog	méně než rok
C108	20 - 30 let	česká	svobodná / svobodný	středoškolské	účetní	méně než rok
C109	50 - 60 let	česká	rozvedená / rozvedený	základní	zaměstnanec	3 - 5 let
C110	50 - 60 let	česká	rozvedená / rozvedený	vysokoškolské	podnikatel	11 let a více
C0111	60 let a více	česká	vdaná / ženatý	středoškolské	pánská krejčí	11 et a více

Tabulka 1- Charakteristika výzkumného vzorku. Zdroj: Vlastní zpracován

13. Seznam tabulek a obrazových příloh

Obrázek 1: Nejvíce zakotvené rodiny kódů odvozené z výpovědí respondentů	46
Obrázek 2: Kódy s nejvyšší hustotou.....	46
Tabulka 1: Charakteristika výzkumného vzorku	86